



UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE TECNOLOGÍA MÉDICA
CARRERA DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA

**EVALUACIÓN DEL DESARROLLO PSICOMOTOR A PREESCOLARES QUE
ASISTEN A LOS CENTROS INFANTILES DEL BUEN VIVIR SANTA ANA,
SAN AGUSTÍN, LOS POLLUELITOS Y ANIMA, MEDIANTE LA “ESCALA
BRUNET-LÉZINE REVISADO” CUENCA, 2017**

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PREVIA A LA
OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE LICENCIADO
EN ESTIMULACIÓN TEMPRANA EN SALUD.

AUTORAS:

KARINA FERNANDA HERAS FIGUEROA **CI. 0105389241**

MARÍA BELÉN BERREZUETA FERNÁNDEZ **C.I. 0103836250**

DIRECTORA:

MGST. SILVIA ROCÍO SEMPÉRTEGUI LEÓN **CI: 0102278652**

CUENCA-ECUADOR
2018



RESUMEN

ANTECEDENTES: El Ministerio de Inclusión Económica y Social - MIES asegura el desarrollo infantil mediante la Estrategia de la Primera Infancia con los Centros Infantiles del Buen Vivir – CIBV, beneficiando a niños/as con actividades que favorecen habilidades motrices, cognitivas, sociales y comunicativas. Esta labor necesita ser evidenciada con una valoración del desarrollo psicomotor - DPM en los CIBV del Cantón Cuenca.

OBJETIVO GENERAL: Evaluar el nivel de desarrollo psicomotor de niños y niñas que asisten a los CIBV: “Santa Ana”, “San Agustín”, “Los Polluelitos” y “Anima”, mediante la aplicación de la “Escala de Desarrollo Psicomotor de la Primera Infancia Brunet – Lézine Revisado”. Cuenca, 2017.

METODOLOGÍA: El estudio fue cuantitativo de tipo observacional descriptivo de corte transversal, tomando como universo niños/as que asisten a los CIBV: “Santa Ana”, “San Agustín”, “Los Polluelitos” y “Anima” del Cantón Cuenca (N=130). La muestra se corresponde con el universo. Se aplicó como instrumento la “Escala Brunet –Lézine Revisado”.

Para el análisis y tabulación de datos se utilizó los programas: SPSS versión 21 español, Microsoft Excel y Word 2013.

CONCLUSIONES: De los 130 niños/as evaluados el 5,4% obtuvo retraso global en el DPM, predominando el sexo femenino con 3,1% y el masculino con 2,3%. El área de mayor retraso fue la de lenguaje seguida por la postural.

RESULTADOS: Los resultados serán entregados al MIES y publicados en la biblioteca de la Universidad de Cuenca pudiendo ser utilizados por quien considere necesario.

PALABRAS CLAVES: DESARROLLO PSICOMOTOR, ESCALA BRUNET LEZINE REVISADO, CENTROS INFANTILES DEL BUEN VIVIR.



ABSTRACT

BACKGROUND:

The Ministry of Economic and Social Inclusion ensures child development through the Early Childhood Strategy with the Children's Centers of Good Living - CIBV, benefiting children with activities that allow the acquisition of motor, cognitive, social and communication skills. This work needs to be evidenced by a valuation of the psychomotor development in the CIBV of Cantón Cuenca.

GENERAL OBJECTIVE: Evaluate the level of psychomotor development of children attending CIBV: "Santa Ana", "San Agustín", "Los Polluelitos" y "Anima", through the application of the "Brunet - Lézine Revisado Psychomotor Early Childhood Development Scale". Cuenca, 2017.

METHODOLOGY: The study was quantitative of descriptive observational type of cross section, taking as universe the children who attend the CIBV: "Santa Ana", "San Agustín", "Los Polluelitos" and "Anima" of the Cuenca Canton (N = 130 The sample corresponds to the universe, and the "Brunet Scale - Revised Lézine" was applied as an instrument.

For the analysis and tabulation of data, the following programs were used: SPSS Spanish version 20, Microsoft Excel 2013 and Microsoft Word 2013.

RESULTS: The results will be delivered to the MIES, and published in the library of the University of Cuenca, and may be used by anyone who considers this information necessary.

CONCLUSIONS: Of the 130 children evaluated, 5.4% obtained a global delay in the DPM, predominantly female with 3.1% and male with 2.3%. The area of most delay was the language followed by the postural.

KEYWORDS: PSYCHOMOTOR DEVELOPMENT, SCALE BRUNET LEZINE REVISED, CHILDREN'S CENTERS OF GOOD LIVING.



ÍNDICE

RESUMEN.....	2
ABSTRACT	3
CAPITULO I	14
1. INTRODUCCIÓN	14
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	15
1.2 JUSTIFICACIÓN	16
CAPITULO II.....	17
2. FUNDAMENTO TEÓRICO.....	17
2.1 Centros Infantiles del Buen Vivir- CIBV	17
2.2 Desarrollo Psicomotor – DPM	18
2.2.1 Áreas del Desarrollo Psicomotor	19
2.2.2 Factores que influyen en el desarrollo psicomotor	21
2.2.3 Signos de Alarma	23
2.2.4 Retraso en el Desarrollo Psicomotor – RPM.....	24
2.3 Atención Temprana – AT	25
2.4 Herramientas de Evaluación.....	25
2.4.1 Escala de Desarrollo Psicomotor de la Primera Infancia Brunet Lézine Revisado	26
CAPITULO III.....	29
3. OBJETIVOS	29
3.1 OBJETIVO GENERAL	29
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:.....	29
CAPITULO IV	30
4. DISEÑO METODOLÓGICO.....	30
4.1 TIPO DE ESTUDIO	30
4.2 ÁREA DE ESTUDIO	30
4.3 UNIVERSO Y MUESTRA.....	30
4.4 CRITERIOS	31



4.5 VARIABLES	31
4.6 MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS.....	31
4.7 PROCEDIMIENTOS.....	33
4.8 PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS.....	34
4.9 ASPECTOS ÉTICOS	34
CAPITULO V.....	35
6. DISCUSIÓN	49
7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	52
7.1 CONCLUSIONES	52
7.2 RECOMENDACIONES.....	54
8. BIBLIOGRAFÍA	56
8.1 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	56
8.2 BIBLIOGRAFIA GENERAL.....	62
9. ANEXOS	65



LICENCIA Y AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL

Karina Fernanda Heras Figueroa, en calidad de autora y titular de los derechos morales y patrimoniales del proyecto de investigación **EVALUACIÓN DEL DESARROLLO PSICOMOTOR A PREESCOLARES QUE ASISTEN A LOS CENTROS INFANTILES DEL BUEN VIVIR SANTA ANA, SAN AGUSTÍN, LOS POLLUELITOS Y ANIMA, MEDIANTE LA “ESCALA BRUNET-LÉZINE REVISADO” CUENCA, 2017**, de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el Repositorio Institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. De la ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 16 de Enero del 2018

Karina Fernanda Heras Figueroa

CI. 0105389241



CLÁUSULA DE PROPIEDAD INTELECTUAL

Yo, Karina Fernanda Heras Figueroa, autora del proyecto de investigación “EVALUACIÓN DEL DESARROLLO PSICOMOTOR A PREESCOLARES QUE ASISTEN A LOS CENTROS INFANTILES DEL BUEN VIVIR SANTA ANA, SAN AGUSTÍN, LOS POLLUELITOS Y ANIMA, MEDIANTE LA ESCALA BRUNET-LÉZINE REVISADO. CUENCA, 2017”, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 16 de Enero del 2018

Karina Fernanda Heras Figueroa

C.I. 0105389241



LICENCIA Y AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL

María Belén Berrezueta Fernandez, en calidad de autora y titular de los derechos morales y patrimoniales del proyecto de investigación **EVALUACIÓN DEL DESARROLLO PSICOMOTOR A PREESCOLARES QUE ASISTEN A LOS CENTROS INFANTILES DEL BUEN VIVIR SANTA ANA, SAN AGUSTÍN, LOS POLLUELITOS Y ANIMA, MEDIANTE LA “ESCALA BRUNET-LÉZINE REVISADO” CUENCA, 2017**, de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el Repositorio Institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. De la ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 16 de Enero del 2018

María Belén Berrezueta Fernández

C.I. 0103836250



CLÁUSULA DE PROPIEDAD INTELECTUAL

Yo, María Belén Berrezueta Fernández, autora del proyecto de investigación “EVALUACIÓN DEL DESARROLLO PSICOMOTOR A PREESCOLARES QUE ASISTEN A LOS CENTROS INFANTILES DEL BUEN VIVIR SANTA ANA, SAN AGUSTÍN, LOS POLLUELITOS Y ANIMA, MEDIANTE LA ESCALA BRUNET-LÉZINE REVISADO. CUENCA, 2017”, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 16 de Enero del 2018

María Belén Berrezueta Fernández

C.I. 0103836250

**DEDICATORIA**

El presente trabajo está dedicado a la persona que inspira mi carrera y mi vida. Por tu apoyo, por tu cariño y hasta por las peleas, por todo aquello que siempre me brindas, todos los días aprendo de ti y haces de mi vida más divertida, “kabu” “dipper” “sucó”, David Andrés por ser mi hermano y quererme tanto esto va dedicado a ti ¡llegarás tan lejos como tus sueños!

También quiero dedicarlo al nuevo integrante de la familia mi sobrino Joaquín que invade mi vida con su dulzura y audacia, por dar un tinte único y especial a esta nueva faceta de vida.

A todos los niños, niñas y adolescentes del Oratorio Corazón de María en especial a los que conformaron los grupos infancia misionera, pre juvenil y juvenil, parte de lo que soy se los debo a ustedes, me inspiran todos los días.

Karina Fernanda



DEDICATORIA

Quiero dedicar este proyecto de investigación a mi madre “Rosy”, por ser un apoyo constante e incondicional, por brindarme su amor y por creer en mí. A mi padre Luis porque a pesar de no estar físicamente a mi lado, siempre lo recuerdo con cariño y estoy segura que desde algún lugar en el infinito él me sonríe, algún día nos volveremos a ver.

A mis hijos Emilio Fernando y Juan Sebastián, porque juntos hemos caminado de la mano, han comprendido mis ausencias y porque los amo infinitamente.

A mi esposo Fernando, por todo el apoyo brindado durante estos años, por ser un compañero y un amigo.

A mis hermanos José Luis y Santiago, por todo el cariño que siempre me brindan a manos llenas, por las risas compartidas y sobre todo por ser compañeros de vida.

María Belén



AGRADECIMIENTO

Gracias infinitas a nuestra directora y asesora de tesis Mgst. Silvia Sempértegui por su cariño, recomendaciones y por todos los aprendizajes transmitidos durante mi carrera universitaria, gracias por contagiarnos esa pasión por la niñez.

Al Dr. Julio Jaramillo por ser un gran amigo y ayudarnos durante la elaboración de este proyecto.

Gracias a mi familia, por apoyarme en todo lo que hago demostrándome que no necesariamente se debe tener lazos sanguíneos que nos unan con el amor que tenemos es suficiente. Gracias mami María por enseñarme que no hay obstáculos que no se puedan superar, a mi mamá por confiar en mí y quererme tanto, por hacer que mi vida sea tan feliz, a mi tío osito por su apoyo incondicional y a Cris por estar siempre a mi lado.

A mis abuelitos, tíos, primos, pero sobre todo a Pilar Verdugo por guiar mis pasos con sus consejos, por corregirme como solo ella lo sabe hacer, gracias tiuchis.

A mi amigos/as de la vida, del oratorio y del trabajo, por hacer que cada día sea una aventura, a Gabriela Granda por creer en mí y siempre apoyar todas mis ideas, a Pablo Arias por ser parte de este proceso y compartir conmigo tantas vivencias. Gracias a Belén Berrezueta por permitirme ser parte de su familia, por su cariño y comprensión constante.

Gracias a Dios por permitirme vivir una vida tan maravillosa.



Karina Fernanda

AGRADECIMIENTO

Quiero agradecer de manera muy especial a nuestra directora y asesora de tesis Mgst. Silvita Sempértégui, por todo el apoyo que nos dio durante la elaboración del proyecto de investigación, por ser una persona llena de virtudes y por el cariño que siempre nos brinda.

Al Dr. Julio Jaramillo Oyervide, por sus acertados consejos, por su ayuda constante en la elaboración del proyecto de investigación, le estaré agradecida infinitamente.

A mis suegros, Edith y Arturo, por las palabras de aliento brindadas, por ofrecerles a mis hijos un segundo hogar, y en especial por todo el amor que les demuestran a Emilio y Juan Sebastián, el tiempo no alcanzara para agradecerles.

A mi compañera de tesis, Karina “Cuky”, porque llego a mi vida de la manera más inesperada y de seguro para quedarse, por todos los momentos compartidos, por los ánimos que siempre me dio y por ser tan especial.

Finalmente a Dios porque sus tiempos siempre serán perfectos, y definitivamente este fue el mío.

María Belén



CAPITULO I

1. INTRODUCCIÓN

El Plan Nacional del Buen Vivir tiene como propósito mejorar la calidad de la atención temprana mediante programas de desarrollo infantil que ofrece el MIES a través de la Subsecretaría de Desarrollo Infantil Integral, los Gobiernos Autónomos Descentralizados – GAD, sector privado y organizaciones civiles, además en el ámbito público se concreta en los Centros Infantiles del Buen Vivir – CIBV. ⁽¹⁾ En el cantón Cuenca los CIBV acogen a 1850 niños y niñas aproximadamente (Fuente: MIES 2017), brindando los respectivos cuidados y potenciando el desarrollo psicomotor - DPM de la primera infancia. Considerándose primera infancia al periodo de 0 a 5 años de mayor importancia en la vida de las personas debido a que se forman pilares fundamentales en el desarrollo de los individuos que se consolidarán en fases posteriores. ⁽²⁾

Estudios recientes afirman que el DPM es un proceso en el que se va adquiriendo habilidades que permiten una progresiva independencia y adaptación al medio, variando de acuerdo a la maduración del Sistema Nervioso Central - SNC, de los sentidos y de su entorno. Se debe tener en cuenta que esta etapa se encuentra caracterizada por la plasticidad cerebral y que el desarrollo no se produce en forma lineal u homogénea, motivo por el cual es necesario realizar una evaluación del desarrollo para conocer potencialidades y limitaciones de los infantes, detectando a su vez posibles problemas o déficits en diferentes áreas del desarrollo. ⁽³⁾

La Escala Brunet – Lézine Revisado es una evaluación que mide el nivel de desarrollo psicomotor, es validada mundialmente y posee actividades agrupadas en cuatro áreas; postura, coordinación, lenguaje y social, estas categorías engloban las habilidades que los niños y niñas deben ir adquiriendo de acuerdo a determinadas edades.

Por todo lo expuesto anteriormente nuestra intención fue la aplicación de la “Escala de desarrollo psicomotor de la primera infancia Brunet Lézine Revisado” a niños y niñas que asisten a los CIBV: “Santa Ana”, “San Agustín”, “Los Polluelitos” y “Anima” estableciendo su nivel de desarrollo y retrasos de manera global o en diferentes áreas del DPM.



1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La identificación precoz de problemas en el neurodesarrollo se da mediante la evaluación del desarrollo psicomotor - DPM que consiste en la apreciación de aptitudes y deficiencias que posee el menor con el fin de brindar a sus padres o cuidadores alternativas para una apropiada intervención temprana.

Se puede observar un retraso en el DPM cuando el niño no ha alcanzado logros importantes y acordes a su edad, que pueden representar daños o dificultades en el SNC.

La prevalencia de retrasos en el desarrollo psicomotor - RPM se ve reflejada mediante estudios realizados en diversos países como Estados Unidos donde se encontró en un estudio de corte longitudinal que aproximadamente el 13,8% de niños tenían RPM. ⁽⁴⁾ Un estudio en Chile muestra que el 16% de niños menores a 2 años poseen déficit en su DPM, de este porcentaje el 2% presenta RPM y el 14% presenta únicamente riesgo, además en niños de edad pre escolar la prevalencia de déficits en el DPM fue de 40% del cual el 31% muestra riesgo y el 9% RPM. ⁽⁵⁾ También en otros países como España la prevalencia de RPM fue de 3% ⁽³⁾ y en Argentina el 34,8% presentó alto riesgo de padecer retraso psicomotor. ⁽⁶⁾ A nivel local en una investigación realizada con la Escala de Desarrollo de Nelson Ortiz en niños de 0 a 3 años del cantón Cuenca se puede observar que el 17,9% de la zona urbana y 36,8% en la zona rural se encuentran en el parámetro de alerta en su DPM de acuerdo a esta evaluación. ⁽⁷⁾ También un estudio transversal con niños y niñas de 0 a 5 años de la misma ciudad expresa que el 11% presenta RPM, de este porcentaje el 6% no presenta discapacidad y el 5% posee algún tipo de discapacidad. ⁽⁸⁾

Por estas razones consideramos importante la evaluación del desarrollo psicomotor, debido a que no todos los CIBV del Cantón Cuenca cuentan con evaluaciones a los infantes que determine el nivel de DPM.



1.2 JUSTIFICACIÓN

El Código de la Niñez y Adolescencia en el artículo 37, numeral 4, afirma que el Estado debe brindar acceso a la educación inicial de 0 a 5 años, ofreciendo programas y proyectos acordes a las necesidades culturales de los infantes. ⁽⁹⁾ Uno de los organismos encargados de garantizar esto es el Ministerio de Inclusión Económica y Social - MIES que se crea mediante el decreto ejecutivo N° 580 asegurando una buena calidad de vida y atención integral a lo largo de la vida, priorizando a personas que se encuentran en situación de exclusión, discriminación, pobreza o vulnerabilidad y beneficiarios del bono de desarrollo humano. ⁽¹⁰⁾ Estableciéndose como política pública prioritaria garantizar el desarrollo infantil integral con ayuda de las familias, la sociedad e instancias institucionales a nivel central y desconcentrado, en base a los artículos 44, 45 y 46, numeral 1 de la Constitución de la República del Ecuador, creando la modalidad de atención de los Centros de Desarrollo Infantil Integral a través de dos tipos: Centros de Desarrollo Infantil – CDI y Centros Infantiles del Buen Vivir – CIBV⁽¹¹⁾, debido a que la primera infancia es una de las etapas más importantes en el desarrollo evolutivo de los seres humanos, en esta fase se adquieren experiencias fundamentales que permitirán alcanzar habilidades cognitivas, motrices, sociales, entre otras destrezas de gran importancia, motivo por el cual una evaluación objetiva es esencial para valorar el progreso ayudándonos a encontrar dificultades o problemas presentados en su desarrollo psicomotor - DPM. Existen varios instrumentos de evaluación que son útiles para apreciar el proceso madurativo, siempre se debe tener en cuenta que dichas evaluaciones sean confiables, viables y actualizadas como la Escala Brunet Lézine en su versión revisada que nos da a conocer el desarrollo global del niño y las áreas que presenten mayor y menor rendimiento, la valoración del DPM nos facilitará datos importantes sobre el desarrollo psicomotor de niños y niñas permitiéndonos conocer dificultades que presenten en su desarrollo y poder brindar una adecuada atención que potencialice y desarrolle habilidades.



Además, el MIES necesita evidenciar la labor realizada con cifras reales y sobre todo actualizadas que determinen el aporte que brindan los CIBV a la sociedad y su influencia sobre los beneficiarios de estas unidades de atención.

CAPITULO II

2. FUNDAMENTO TEÓRICO

2.1 Centros Infantiles del Buen Vivir- CIBV

Son servicios de administración directa o a través de convenios, encaminados a la atención para niños y niñas con o sin discapacidad de 12 a 36 meses y excepcionalmente de 3 a 11 meses de edad, con una cobertura mínima de 40 niños y niñas, en cada CIBV se incluyen acciones de salud preventiva, alimentación saludable y educación, desde el enfoque de derechos, interculturalidad e intergeneracional mediante el control de peso y talla, buenas prácticas alimenticias, remisión de casos, controles de salud, limpieza e higiene de instalaciones y del personal, entre otros.

Las unidades de atención se rigen a un plan educativo en el marco de la política pública y al subnivel 1 del currículo de educación inicial del Ministerio de Educación - MINEDUC. ⁽¹¹⁾

La preparación de actividades se da mediante la planificación diaria, considerando a estas acciones predecibles pero flexibles, con el objetivo de que cuenten con secuencias que contribuyan referencias espacio-temporales. La jornada diaria incluye momentos educativos como el recibimiento, actividades de higiene, de alimentación, actividades educativas, descanso, despedida y entrega de la niña/o, la jornada debe responder a los intereses y necesidades del rango de edad del grupo poblacional al que sea dirigido puesto a que los infantes son propensos a la fatiga y tienden a distraerse con facilidad.

De acuerdo al Currículo de Educación Inicial, la metodología que se utiliza radica en diferentes espacios de aprendizaje conocidos como rincones que son técnicas y estrategias didácticas que atienden la diversidad del aula fomentando capacidades e intereses, con la característica de aprender jugando, también la actividad debe tener intencionalidad y ser dirigida por una educadora. Una meta



trascendental de esta metodología es que el infante construya sus conocimientos a través de experiencias propias y de forma flexible trabajando de manera individual o en grupos de pocos niños. ⁽⁹⁾

Todas estas estrategias están pensadas en mejorar la calidad de vida, pero sobre todo favorecer el desarrollo psicomotor de cada educando.

2.2 Desarrollo Psicomotor – DPM

Este término abarca todos los componentes, características y áreas de desarrollo por las que atraviesa el infante en su proceso de crecimiento y desarrollo. La continua ganancia de habilidades es la expresión de la madurez del SNC que tiene una secuencia clara e imaginable por poseer un orden preestablecido, a partir de esto se han definido hitos básicos que pueden ser medibles e identificables. Es preciso señalar que el DPM no requiere únicamente de la maduración de estructuras nerviosas y el crecimiento apropiado, sino también son necesarios factores externos como los aprendizajes, el ambiente y vivencias que favorezcan este proceso permitiendo que el niño edifique su personalidad.

Henri Wallon psicólogo y pedagogo francés afirmó que el desarrollo va del acto al pensamiento, es decir de la acción a la representación, de lo concreto a lo abstracto, dando tintes personales a ese proceso de desarrollo individual.

A su vez Karl Wernicke aseveró que el DPM es un fenómeno evolutivo de adquisición continua y progresiva de habilidades durante la infancia.

Según Illingworth es un proceso gradual y continuo en el cual se identifican estadios de nivel de complejidad, iniciándose en la concepción y finalizándose en la madurez, con una secuencia similar en cada niño, pero de ritmo variable. ⁽¹²⁾

En la infancia temprana pueden existir determinadas dificultades en la coordinación, control postural, lateralidad o nociones espacio temporales que provoquen alteraciones en su desarrollo. ⁽⁵⁾ Todos estos problemas que se presenten en el DPM pueden ser de manera general o corresponder a un área de desarrollo.



2.2.1 Áreas del Desarrollo Psicomotor

Diversos aspectos confluyen en el desarrollo integral, no podemos observar a esta etapa como algo únicamente global, debemos recordar que está compuesto por diferentes ejes que se complementan entre sí para ofrecer todos los instrumentos necesarios para una apropiada evolución psicomotriz, estas áreas involucran todo lo relacionado con el DPM como son la motricidad gruesa, motricidad fina, lenguaje, social, cognición y un área de trascendental importancia pero en ocasiones olvidada como es el autoayuda o independencia que involucra a todas las anteriores pero el cumplimiento parcial de esta debe ser especialmente considerada entre todos los profesionales que trabajan con niños y niñas que se encuentren dentro del rango de edad de 0 a 5 años.

Área de desarrollo motor

Esta área engloba destrezas de control postural, desplazamiento y habilidades manipulativas que se van adquiriendo a medida que el niño siente la necesidad de intervenir con su entorno, con el objeto de obtener el control y dominio de sus movimientos, para conseguir esto es necesario la aparición y desaparición sucesiva de reflejos regulados por el sistema nervioso central - SNC permitiendo posteriormente respuestas funcionales y voluntarias.

La motricidad gruesa mediante el control del equilibrio, postura y movimiento se ejecuta en forma céfalo caudal a diferencia de la motricidad fina que se da en sentido próximo distal a través de la coordinación de movimientos pequeños y exactos. ⁽¹²⁾

Área de desarrollo del lenguaje

El lenguaje es una conducta que se aprende, es fundamental para la comunicación porque nos permite proyectar pensamientos y emociones, existen etapas para la adquisición de esta habilidad como la etapa pre lingüística que ocurre desde los 10 a 12 meses aproximadamente, continuamente sigue la etapa lingüística que comienza con la expresión de la primera palabra entre los 15 a 18 meses. Es necesario para la obtención de esta capacidad el buen funcionamiento



de los órganos de la respiración, fonación, resonancia y articulación, también tiene gran importancia los estímulos que reciba y la interacción que realice con el ambiente. ⁽¹²⁾

Área de desarrollo cognitiva

El desarrollo cognitivo a edades tempranas es continuo y progresivo, en esta área el niño comienza a comprender el mundo que le rodea mediante todo tipo de vivencias o experiencias a través de los sentidos, permitiendo desarrollar procesos cognitivos como la atención, memoria y percepción, además de adaptarse rápidamente a situaciones nuevas utilizando su capacidad para analizar situaciones y resolver problemas.

Área de desarrollo social

El niño mediante pequeñas acciones como fijar la mirada en el rostro de la madre, poseer sonrisa social, tocar su imagen en el espejo, entre otras actividades va evolucionando sus habilidades sociales a medida que transcurre el tiempo, estas destrezas socio emocionales una vez desarrolladas se mantienen a lo largo de toda la vida y son útiles al momento de interaccionar con el medio.

Área de desarrollo de la independencia

Esta área es uno de los ejes más importantes debido a que involucra la capacidad que debe poseer para ser cada vez más autosuficiente de acuerdo a determinadas edades, obteniendo así la aptitud de satisfacer sus necesidades y tomar sus propias decisiones, favoreciendo la confianza en sí mismo y en sus capacidades, sobre todo enfrentar sus problemas y resolverlos. En los programas de atención temprana se debe tener como objetivo principal que el niño con o sin discapacidad adquiera la autonomía necesaria para realizar actividades por sí mismo.

El DPM está formado por esta serie de áreas, alguna alteración o insuficiencia podría significar un problema de connotación mayor en el desenvolvimiento del infante, por eso es importante brindar un ambiente con estímulos que favorezcan su desarrollo, existen un sinnúmero de factores que pueden influir en el desarrollo



psicomotor como la familia, el estado nutricional, etc. Dependerá de estos factores para que el niño se desarrolle correctamente.

2.2.2 Factores que influyen en el desarrollo psicomotor

El desarrollo psicomotor puede verse constantemente asociado a diversos factores que afectan de manera positiva o negativa la vida de un infante, también el entorno en el que se desarrolle puede influir o no en su evolución psicomotriz, es por eso que es importante destacar ciertos factores que se ven vinculados de manera directa con el proceso evolutivo del menor.

2.2.2.1 Familia

De acuerdo a Castellán se define como una reunión de individuos unidos por lazos de consanguinidad, que habitan un mismo hogar en conjunto con la comunidad. Asimismo, las Naciones Unidas afirman que la familia como unidad representa todo un hogar o una fracción de este compuesta por consanguinidad, matrimonio o adopción. ⁽¹³⁾

El Art. 67 de la constitución reconoce a la familia en sus diversos tipos, asegurando que el estado la protegerá como núcleo de la sociedad y garantizará condiciones que favorezcan integralmente la consecución de sus fines. ⁽¹⁴⁾ En los últimos años se ha elevado la cantidad de uniones informales, consensuales o convivencias influenciando en el modo de vida, es por eso que la estructura familiar se ha ido modificando, existiendo varios tipos de familia y que pueden influenciar en el desarrollo psicomotor de un niño.

Familia nuclear o elemental: se pueden constituir hasta con dos generaciones, la misma se compone por una pareja casada o no, compuesta por padre/esposo, madre/esposa con hijos, los mismos que pueden ser biológicos o adoptados, también en este tipo de familia puede no existir descendencia. ^{(15) (16)}



Familia extensa, extendida o consanguínea: Constituida con dos generaciones o más unidas por lazos de consanguinidad. Incluyen padres, hijos, abuelos, tíos entre otros. ⁽¹⁵⁾

Familia monoparental: La familia se encuentra compuesta por un solo progenitor, mayoritariamente la madre) y sus hijos. ^{(15) (16)}

2.2.2.2 Lugar de residencia.

El lugar donde reside una familia puede intervenir en el DPM debido a que el estilo de vida no siempre es el más favorable, por lo general tanto en la zona urbana como en la zona rural existen diferentes costumbres, tradiciones o simplemente diferentes formas de vivir que se pueden ver reflejadas en el tipo de vivienda, ocupación de los progenitores, higiene, prevalencia de enfermedades, relaciones familiares, vecindario y nivel de escolaridad, en ocasiones situaciones de pobreza pueden insatisfacer necesidades básicas como escolarización, salud, buena alimentación, etc.

2.2.2.5 Estado nutricional

Es el resultado que existe entre el balance de ingestas, requerimientos energéticos y nutrientes del organismo. La calidad de vida y nutrición de un individuo se ve reflejado en el estado nutricional, pudiendo ser alterado por diferentes factores biopsicosociales, es por eso que es necesario realizar una valoración frecuente para disminuir riesgos de carencias o excesos en el peso corporal. ⁽¹⁷⁾

Se consideran la edad y mediciones de un niño evaluándolo a través de curvas y de manera íntegra para tener un conocimiento certero sobre su estado nutricional, para esto existen los siguientes indicadores de crecimiento: ⁽¹⁸⁾

Longitud/talla para la edad: permite visualizar el crecimiento logrado, identificando niños con retraso en el crecimiento, refleja también niños altos para su edad.



Peso para la edad: se refiere al peso corporal alcanzado por el infante y relacionado con su edad, se utiliza sobre todo para reflejar bajo peso, pero no para identificar sobrepeso u obesidad.

Peso para la talla/longitud: Muestra el peso corporal en proporción al crecimiento alcanzado. ⁽¹⁸⁾

IMC para la edad: El IMC se basa de acuerdo a la talla y peso de un individuo y se utiliza una tabla de referencia o calculadora y se utiliza especialmente cuando se diagnostica sobrepeso u obesidad. ⁽¹⁸⁾

2.2.2.3 Nivel de instrucción

En el artículo 26 de la Constitución de la República del Ecuador se establece que “la educación es un derecho de las personas a lo largo de su vida y un deber ineludible e inexcusable del estado”.

El Sistema Nacional de Educación tiene 3 niveles que a su vez se dividen en subniveles, comenzando por el nivel de Educación Inicial que se divide en 2 subniveles, el inicial 1 que es de 0 a 3 años y el inicial 2 que abarca las edades de 3 a 5 años. El siguiente nivel es de Educación General Básica – EGB que se divide en 4 subniveles: preparatoria (1º grado de EGB), básica elemental (2º, 3º y 4º grados de EGB), básica media (5º, 6º y 7º grados de EGB) y básica superior (8º, 9º y 10º grados de EGB) y el último nivel es el Bachillerato General Unificado que tiene tres cursos. ⁽¹⁹⁾

Existe además un sistema denominado Sistema Nacional de Educación Superior compuesto por universidades, escuelas politécnicas e institutos superiores técnicos y tecnológicos. ⁽²⁰⁾

2.2.3 Signos de Alarma

Se entiende por signo de alarma a la anomalía y/o retraso en la adquisición de aptitudes de un área específica o a nivel global, también se considera cuando algunos patrones que deberían desaparecer permanecen vigentes para la edad del niño, en estos casos siempre es necesario que haya la respectiva evaluación y seguimiento. ⁽³⁾



Por lo general se prioriza el área motora gruesa en las consultas o controles del crecimiento del niño sin embargo se debe dar igual importancia a lo sensorial, a la coordinación oculomotora, a las capacidades comunicativas, a su relación socioemocional y sobre todo a su grado de independencia. La detección de diferentes parámetros como el escaso progreso de desarrollo a una edad establecida, movimientos asimétricos, regresiones en el desarrollo, persistencia de reflejos y una pobre o ausente interacción social nos permiten identificar alteraciones en el neurodesarrollo. ⁽¹²⁾

2.2.4 Retraso en el Desarrollo Psicomotor – RPM

Argüelles afirma que se considera patológico cuando un menor no cumple de forma significativa con logros esperados para su edad en un área definida o de manera global. Narbona y Schlumber lo consideran como un diagnóstico provisional que se utiliza hasta que se pueda establecer uno definitivo, este no se debe utilizar en una edad superior a los 5 años, puesto que es un término poco objetivo y para estas edades hay test que pueden valorar la capacidad intelectual. El niño con el transcurso del tiempo puede adquirir los hitos que no habían sido obtenidos, si esto no llega a suceder será diagnosticado por los profesionales y exámenes pertinentes con la patología que se acople mayormente a sus características. ⁽²¹⁾

Para tener una sospecha clínica de retraso en el desarrollo psicomotor se debe evaluar todas las áreas de desarrollo, considerando un retraso global cuando 2 o más áreas presentan irregularidades al momento de ser evaluadas, si el niño llega a presentar un RPM es necesario detectar la etiología en el caso de que sea posible e instituir un tratamiento temprano, evitando o manejando de la manera más sensata comorbilidades futuras. Es importante destacar que un retraso no es igual a un retroceso o pérdida de habilidades previamente adquiridas. ⁽²¹⁾ El RPM dependerá de diversos factores biológicos como la concepción, el embarazo y el parto, asimismo se verá influenciado por factores adversos como la desnutrición, enfermedades neurológicas, enfermedades genéticas, deficiencias sensoriales y también factores ambientales como la situación socioeconómica, condiciones demográficas y características culturales que influyan en el desarrollo psicomotor.



La detección precoz de estos problemas en el desarrollo es responsabilidad de las familias, cuidadores, personal de guarderías y personal de salud.

2.3 Atención Temprana – AT

La AT se centra primordialmente en la prevención, actuando sobre los infantes que tienen un alto riesgo de padecer déficits o trastornos y actuando tempranamente sobre los que ya tienen dichas dificultades, disminuyendo su evolución, duración y aminorando sus efectos, en cuanto a la población infantil que posee algún tipo de discapacidad previamente diagnosticada se procura disminuir al máximo la incapacidad de realizar actividades necesarias para desenvolverse en la cotidianidad. Estas intervenciones también están destinadas a niños con riesgo biológico y riesgo psicosocial, es decir el primer riesgo hace referencia a aquellos que en el transcurso del periodo peri, pre o post natal han estado expuestos a condiciones que pueden alterar su proceso madurativo y el segundo que se entiende como la exposición a condiciones sociales poco favorables como la falta de cuidados, negligencias, abusos, entre otros. ⁽²²⁾

2.4 Herramientas de Evaluación

De acuerdo a la Academia Americana de Pediatría se debe realizar una evaluación a partir de los 9 meses teniendo como intervalos las edades de 18, 24 y 30 meses, si se observa algún factor que indique anormalidad se debe aplicar un instrumento de cribado, si por el contrario no existiera signos de alarma se realizarán controles de desarrollo en las edades antes mencionadas. ⁽³⁾

Los rangos de validez y confiabilidad son imprescindibles al momento de elegir que evaluación utilizar porque a través de estos podemos comprobar la efectividad seguridad y certeza de los resultados obtenidos.

Algunos test para la evaluación del DPM son:

- Escala Bayley de Desarrollo Infantil.
- Inventario de Desarrollo de Battelle – BDI.
- Test de Denver II.
- Test de Desarrollo Psicomotor – TEPSI.



-Escala de Inteligencia de Wechsler para preescolar y primaria – WIPPSI. ⁽²³⁾

2.4.1 Escala de Desarrollo Psicomotor de la Primera Infancia Brunet Lézine

Revisado

La escala Brunet Lézine fue uno de los primeros instrumentos que se utilizó para determinar el nivel de desarrollo psicomotor en niños menores de 2 años, elaborado en Francia en 1951 por Odette Brunet e Irène Lézine, requiriendo una revisión y modificación urgente que cumpla con las necesidades y exigencias actuales debido a que se ha mejorado notablemente los cuidados prenatales, la alimentación, se ha incentivado la autonomía en los niños, las prácticas educativas no son las mismas y en especial la importancia que se ha dado al desarrollo de la primera infancia, por lo que se evidencia en el nivel del conocimiento del niño, además de que al infante ya no se lo considerada como un ser pasivo por el contrario es un ser capaz de interactuar con su entorno y sus semejantes.⁽²⁴⁾

Es por eso que utilizamos una revisión de la evaluación clásica que ayuda a obtener una edad y cociente de desarrollo por áreas y a nivel global a través del rendimiento del niño en una serie de pruebas, obteniendo de esta manera el nivel madurativo en 4 áreas: control postural – P (movimientos gruesos y finos, coordinaciones motrices), coordinación óculo-motriz – C (comportamientos sensorio motrices y coordinación de movimientos óculo motrices), lenguaje/comunicación - L (toda forma de comunicación) y sociabilidad/autonomía – S (relaciones personales del niño). ⁽²⁵⁾

La primera parte de la evaluación está destinada de 2 a 30 meses, pero el cálculo del cociente comienza a partir de los 4 meses, el baby test se conforma por 15 niveles con 10 ítems, 6 corresponden a los logros alcanzados durante la evaluación y 4 al comportamiento cotidiano del evaluado. Existen pruebas complementarias de 24 meses hasta 6 años, la fórmula clásica que es para las edades de 3 a 5 años y la forma modificada que reduce en lo más posible al factor verbal es de 3 a 6 años. La meta primordial de esta segunda fase es prolongar el



baby test que es únicamente para los 2 primeros años de vida, no se puede olvidar que para utilizar las pruebas complementarias se debe superar todos los ítems de 30 meses.

La edad de desarrollo se obtiene mediante la sumatoria de los ítems logrados, en cambio el cociente de desarrollo se da a través de la edad de desarrollo por 100 para la edad cronológica. ⁽²⁶⁾

La aplicación consiste en considerar ciertos ítems para su óptimo desarrollo como son:

Condiciones del examen: mesa forrada con una sábana para realizar pruebas posturales. En las pruebas manipulativas el examinador se debe colocar a la izquierda del niño con el material previamente preparado.

Tiempos de aplicación: En niños menores de 15 meses el tiempo debe ser entre 25 a 35 minutos por el contrario en niños mayores a 15 meses puede durar hasta 60 minutos, pero esto puede ser variable dependiendo de la disposición del menor.

Criterios de inicio y finalización: En las edades de 1 a 6 meses comenzar con pruebas posturales, después continuar con pruebas visuales y manipulativas, en niños mayores a 6 meses iniciar con pruebas manipulativas y luego con las pruebas posturales.

Material: Antes de la aplicación el examinador deberá tener todo preparado de acuerdo a la edad del niño a evaluar y así evitar distracciones, los materiales son los siguientes:

- Tabla de encaje (figuras geométricas).
- Campanilla.
- 12 cubos de madera (2,5 x 2,5 cm).
- Cuchara.
- Lápiz rojo.
- Caramelo.
- Sonajero.
- Espejo.
- Pelota grande y pequeña.
- Libro de dibujos.
- Juguete de halar.
- Muñeca grande y pequeña.



- Silla pequeña.
- Taza grande y pequeña.
- Aro con cuerda.
- Pañuelo.
- Frasco de vidrio.
- Cepillo de cabello.
- 2 láminas de dibujos.
- Carro.
- Gafas.
- Botón.
- Juguetes de animales (granja).
- Reloj.
- Lápiz azul.

Elección de los ítems en función a la edad del niño: La elección de los ítems se lo realizara de acuerdo a la edad cronológica del niño. Las pruebas de 2 y 3 meses nos dan únicamente una visión del avance del recién nacido en su entorno mas no un coeficiente de desarrollo, por lo que se comenzara dichas pruebas a los 4 meses de edad.

Niños/as prematuros: Se considera prematuro a los niños nacidos antes de las 37 semanas de gestación, por lo general presentan más complicaciones los niños que nacieron a las 35 semanas de gestación y pesaron menos de 2.000 gramos, el cálculo de la prematuridad se dará hasta el primer año de edad. ⁽²⁴⁾



CAPITULO III

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar el nivel de desarrollo psicomotor de niños y niñas que asisten a los Centros Infantiles del Buen Vivir: “Santa Ana”, “San Agustín”, “Los Polluelitos” y “Anima”, mediante la aplicación de la “Escala de Desarrollo Psicomotor de la Primera Infancia Brunet – Lézine Revisado”. Cuenca, 2017.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Caracterizar la población investigada según: edad de los representantes legales, nivel de instrucción de los representantes legales, residencia, edad cronológica de los niños/as, tipo de familia, discapacidad, Centros Infantiles del Buen Vivir (CIBV), estado nutricional, nivel de instrucción de las tutoras de cada CIBV.
- Evaluar el desarrollo psicomotor mediante la “Escala de Desarrollo Psicomotor de la Primera Infancia Brunet – Lézine Revisado”.
- Determinar la frecuencia del nivel de desarrollo psicomotor de cada niño y niña de los CIBV “Santa Ana”, “San Agustín”, “Los Polluelitos” y “Anima”.
- Relacionar la frecuencia de retraso en el desarrollo psicomotor con las variables socio demográficas: edad cronológica, sexo, discapacidad,



residencia, tipo de familia, estado nutricional, nivel de instrucción de los representantes legales y de los profesores de cada nivel del CIBV.

- Identificar el área de mayor y menor dificultad presentes en el desarrollo psicomotor de niños y niñas de los centros “Santa Ana”, “San Agustín”, “Los Polluelitos” y “Anima”.

CAPITULO IV

4. DISEÑO METODOLÓGICO

4.1 TIPO DE ESTUDIO

Es un estudio cuantitativo de tipo observacional descriptivo y de corte transversal.

4.2 ÁREA DE ESTUDIO

Se aplicará en los CIBV: “Santa Ana”, “San Agustín”, “Los Polluelitos” y “Anima”.

CENTRO	DIRECCIÓN	DIRECTORA
Santa Ana	Severo Espinoza y Monseñor Leonidas Proaño.	Lcda. Libia Becerra Orellana
San Agustín	Vía Punta Corral.	Lcda. Miriam Susana Tipan Vargas
Los Polluelitos	Galte S/N y Jambelí.	Lcda. María Verónica Cisneros Coronel
Anima	Trinidad y Tobago S/N entre Honduras y Av. de las Américas.	Lcda. Inés Oliva Quituisaca Astudillo

4.3 UNIVERSO Y MUESTRA

UNIVERSO

Totalidad de niños y niñas que asisten a los siguientes Centros Infantiles del Buen Vivir: Santa Ana, San Agustín, Los Polluelitos y Anima (N=164)



MUESTRA

La muestra se corresponde con el universo (n=164)

4.4 CRITERIOS

INCLUSIÓN

- Niños y niñas que asistan a los Centros Infantiles del Buen Vivir “Santa Ana”, “San Agustín”, “Los Polluelitos” y “Anima” con el previo consentimiento de sus representantes legales.

EXCLUSIÓN

- Se excluirá a todo niño y niña que no se encuentre dentro de este rango de edad: 3 meses 1 día hasta 3 años 11 meses 29 días.
- Niños/as con discapacidad profunda.
- Niños y niñas cuyos representantes legales no firmen el consentimiento informado y aquellos que no asistan durante los meses de evaluación.

4.5 VARIABLES

4.5.1 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Nombre de la variable	Definición de la variable	Dimensión	Indicador	Escala
Edad Cronológica	-Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la actualidad de un ser vivo.	-Tiempo.	-Partida de nacimiento o cédula de identidad.	-12 meses a 36 meses.
Sexo	-Concepto social sobre las funciones, comportamientos, actividades, atributos que cada sociedad	-Fenotipo.	-Partida de nacimiento o cédula de identidad.	-Mujer -Hombre

4.6 MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS



	atribuye a hombres o mujeres.			
Discapacidad	-Ausencia o limitación de alguna capacidad física o intelectual que dificulta o impide el desenvolvimiento normal de un individuo.	-Tipo de discapacidad.	-Carné de CONADIS o certificado de diagnóstico de un médico.	-Discapacidad intelectual. -Discapacidad física. -Discapacidad sensorial: -Auditiva. -Visual.
Residencia	Casa o lugar donde habitan las personas pudiendo ser definitiva o temporal.	-Datos demográficos.	-Formulario de recolección de datos.	-Urbana -Rural
Nivel de instrucción de representantes legales	Grado de estudios realizados o en curso de una persona, sin tener en cuenta si se han finalizado o están provisionalmente incompletos.	-Escolaridad.	-Formulario de recolección de datos.	-Inicial. -Educación general básica. -Bachillerato general unificado. -Educación superior.
Nivel de instrucción de profesores de los CIBV	Grado de estudios realizados o en curso de una persona, sin tener en cuenta si se han finalizado o están provisionalmente incompletos.	-Escolaridad.	-Formulario de recolección de datos.	-Inicial. -Educación general básica. -Bachillerato general unificado. -Educación superior
Familia	Grupo de personas que poseen grados de parentesco.	Tipo de familia	-Formulario de recolección de datos.	-Monoparental. -Nuclear. -Extendida.



Estado nutricional	Situación nutricional en la que se encuentra una persona.	Tipo de estado nutricional	-Tablas de la OMS	-Sobrepeso. -Riesgo de sobrepeso. -Adecuado. -Riesgo de desnutrición. -Desnutrición.

MÉTODOS

El método utilizado fue el cuantitativo de corte transversal.

TÉCNICAS

Se valoró si los evaluados cumplen o no con los ítems sugeridos por el test mediante la observación y registro de las conductas.

INSTRUMENTOS

Los instrumentos que se utilizaron fueron: consentimiento informado (Anexo 1), formulario de recolección de datos (Anexo 2), Escala de Desarrollo de la Primera Infancia Brunet Lézine: Baby Test (2 a 30 meses) (Anexo 3) tabla de conversión de puntos en edades parciales del desarrollo (Anexo 4), test forma clásica (3 a 5 años) (Anexo 5).

4.7 PROCEDIMIENTOS

AUTORIZACIÓN

Se obtuvo la autorización por parte de la Dirección Distrital del Ministerio de Inclusión Económica y Social. (Anexo 6).

CAPACITACIÓN

Para la realización de la investigación se consultó referencias bibliográficas y profesionales afines a la rama.



SUPERVISIÓN

Directora: Mgst. Silvia Sempértegui León

4.8 PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS

Para el análisis y tabulación de los datos se utilizó el programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versión 21.00 en español que agrupa la información procedente de la aplicación de la Escala Brunet Lézine, se utilizó Chi-cuadrado de Pearson para medir la asociación entre variable y razón de prevalencia y determinar si existe o no riesgo entre las variables que se consideraron dentro del estudio. Para el diseño de tablas simples y doble entrada se utilizó Microsoft Excel 2013 y Microsoft Word 2013.

4.9 ASPECTOS ÉTICOS

Se obtuvo el permiso de la Dirección Distrital del Ministerio de Inclusión Económica y Social - MIES, y se realizó la respectiva socialización con cada coordinador y representante legal de los infantes que asistían a los CIBV. También a cada padre de familia/tutor se le entregó un consentimiento informado.

Los datos obtenidos fueron confidenciales y solo utilizados para este estudio, respetando la privacidad y el anonimato.



CAPITULO V

5. RESULTADOS

5.1 CUMPLIMIENTO DEL ESTUDIO

El presente trabajo de investigación se llevó a cabo en los Centros Infantiles del Buen Vivir (CIBV): Polluelitos, San Agustín, Santa Ana, Anima, con una muestra total de 164 niños y niñas. Se aplicaron 130 evaluaciones correspondientes al DPM con la Escala de Desarrollo de la Primera Infancia Brunet Lézine – Revisado.

5.2 CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO

De la muestra total del estudio 164 infantes, 34 niños y niñas no participaron del mismo por decisión de sus representantes legales. Por lo cual se obtuvo 130 evaluaciones del Desarrollo Psicomotor para la elaboración de la base de datos.

5.3 ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

A continuación, presentamos los resultados obtenidos en la investigación que se realizó a 130 de una muestra de 164 niños que conformaron el universo de estudio.



TABLA # 1

Caracterización sociodemográfica de la población estudiada.

Edad del padre	Frecuencia	%
Adulto joven (20 a 44 años)	123	94,6
Adulto medio (45 a 64 años)	7	5,4
Edad de la madre	Frecuencia	%
Adolescente (10 a 19 años)	5	3,8
Adulto joven (20 a 44 años)	124	95,4
Adulto medio (45 a 64 años)	1	0,8
Nivel de escolaridad del padre	Frecuencia	%
Educación general básica	61	46,9
Bachillerato general unificado	57	43,8
Educación superior	12	9,2
Nivel de escolaridad de la madre	Frecuencia	%
Inicial	1	0,8
Educación general básica	60	46,2
Bachillerato general unificado	50	38,5
Educación superior	19	14,6
Lugar de residencia	Frecuencia	%
Urbano	71	54,6
Rural	59	45,4
TOTAL	130	100%

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaborador por: Heras, K; Berrezueta, B.

*Rangos de edad según criterios de Manual del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS); Organización Mundial de Salud.



TABLA # 2

Distribución de 130 niños y niñas que asisten a los CIBV de la Ciudad de Cuenca mayo – julio 2017; según: Sexo.

Sexo	Frecuencia		%
	Femenino	59	45,4
	Masculino	71	54,6
	Total	130	100,0

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaborador por: Heras, K; Berrezueta, B.

Interpretación: En el estudio se observó que con el 54,6% (71) predominó el sexo masculino.

TABLA # 3

Distribución de 130 niños y niñas que asisten a los CIBV de la Ciudad de Cuenca mayo – julio 2017; según: Edad cronológica de los niños y niñas.

Edad cronológica de los niños y niñas	Frecuencia		%
	14-16 meses	8	6,2
	17-19 meses	6	4,6
	20-23 meses	11	8,5
	24-29 meses	31	23,8
	30-35 meses	26	20,0
	36-47 meses	48	36,9
	Total	130	100,0

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaborador por: Heras, K; Berrezueta, B.

*Rangos de edad según criterios de la Escala de Desarrollo Psicomotor de la Primera Infancia Brunet Lézine Revisado.

Interpretación: En el estudio se observó que 48 (36,9%) niños y niñas cursan edades comprendidas entre 36 y 47 meses siendo esta la de mayor frecuencia, seguida por las edades de 24 y 29 meses a los cuales corresponden 31 (23,8%) niños y niñas.



TABLA # 4

Distribución de 130 niños y niñas que asisten a los CIBV de la Ciudad de Cuenca mayo – julio 2017; según: *Tipo de familia*.

Tipo de familia	Frecuencia		%
	Nuclear	66	50,8
	Monoparental	31	23,8
	Extendida	33	25,4
	Total	130	100,0

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaborador por: Heras, K; Berrezueta, B.

Interpretación: En el estudio se pudo observar que con el 50,8% (66), predominan las familias nucleares.

TABLA # 5

Distribución de 130 niños y niñas que asisten a los CIBV de la Ciudad de Cuenca mayo – julio 2017; según: *Discapacidad*.

Discapacidad	Frecuencia		Porcentaje
	No	130	100,0

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaborador por: Heras, K; Berrezueta, B.

Interpretación: En el estudio no se encontraron niños/as con discapacidad.

TABLA # 6

Distribución de 130 niños y niñas que asisten a los CIBV de la Ciudad de Cuenca mayo – julio 2017; según: *Centros Infantiles del Buen Vivir*.

Centros infantiles del buen vivir	Frecuencia		%
	Anima	35	26,9
	Polluelitos	46	35,4
	San Agustín	25	19,2
	Santa Ana	24	18,5
	Total	130	100,0

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaborador por: Heras, K; Berrezueta, B.

Interpretación: Del total de la muestra estudiada (130 niños y niñas), se observó que el CIBV “Polluelitos” con el 35,4% (46) presento el mayor número de niños/as que asisten a sus instalaciones, seguido con un porcentaje de 26,9% (35) el CIBV “Anima”.

TABLA # 7

Distribución de 130 niños y niñas que asisten a los CIBV de la Ciudad de Cuenca mayo – julio 2017; según: *Estado nutricional*.

Estado nutricional	Frecuencia		%
	Adecuado	109	83,8
	Riesgo de desnutrición	3	2,3
	Desnutrición	2	1,5
	Riesgo de sobrepeso	14	10,8
	Sobrepeso	2	1,5
	Total	130	100,0

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaborador por: Heras, K; Berrezueta, B.

Interpretación: En el estudio se pudo observar que 14 (10,8%) niños/as presentan riesgo de sobrepeso a pesar de los estándares de nutrición de los CIBV, por el contrario, se puede observar menos porcentaje en niños con riesgo de desnutrición (2,3%).

TABLA # 8

Distribución de 130 niños y niñas que asisten a los CIBV de la Ciudad de Cuenca mayo – julio 2017; según: *Nivel de instrucción de las profesoras*.

Nivel de instrucción de las profesoras	Frecuencia		%
	Bachillerato general unificado	13	81,3
	Educación superior	3	18,8
	Total	16	100,0

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaborador por: Heras, K; Berrezueta, B.

Interpretación: Con el 81,3% (13) las profesoras que brindan sus servicios en los CIBV han cursado como máximo nivel de instrucción el bachillerato general

unificado por el contrario se puede observar que la minoría han cursado estudios de tercer nivel con el 18,8% (3).

TABLA # 9

Distribución de 130 niños y niñas que asisten a los CIBV de la Ciudad de Cuenca mayo – julio 2017; según: Sexo y Desarrollo psicomotor de los niños y niñas.

Desarrollo psicomotor																	
Sexo		NORMAL		RETRASO GLOBAL		RETRASO POSTURA		RETRASO COORDINACIÓN		RETRASO LENGUAJE		RETRASO SOCIAL		RETRASO EN 2 O MÁS ÁREAS		Total	
		f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
	Femenino	45	34,6	4	3,1	2	1,5	1	0,8	4	3,1	1	0,8	2	1,5	59	45,4
	Masculino	59	45,4	3	2,3	2	1,5	0	0	4	3,1	1	0,8	2	1,5	71	54,6
	Total	104	80,0	7	5,4	4	3,1	1	1	8	6,2	2	1,5	4	3,1	130	100
	Chi-cuadrado de Pearson	1,936/GL 6								p=0,925							

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaborador por: Heras, K; Berrezueta, B.

Interpretación: De los 130 niños y niñas encontramos que el 5,4% (7) presentan retraso global del desarrollo psicomotor de los cuales el 3,1% (4) son niñas. Se observó que los niños y niñas presentan retraso en el área de lenguaje con un porcentaje del 6,2 sin distinción de sexo.

Las variables sexo y desarrollo psicomotor tienen un valor de probabilidad $p=0,925$ que nos indica que no existe asociación estadísticamente significativa.

Tabla # 10

Distribución de 130 niños y niñas que asisten a los CIBV de la Ciudad de Cuenca mayo – julio 2017; según: *Edad cronológica de los niños/as y Retraso del Desarrollo Psicomotor.*

Retraso del Desarrollo Psicomotor							
Edad cronológica de los niños/as		SI		NO		Total	
		#	%	#	%	#	%
	14-16 meses	0	0	8	6,2	8	6,2
	17-19 meses	0	0	6	4,6	6	4,6
	20-23 meses	2	1,5	9	6,9	11	8,5
	24-29 meses	9	6,9	22	16,9	31	23,8
	30-35 meses	8	6,2	18	13,8	26	20,0
	36-47 meses	7	5,4	41	31,5	48	36,9
TOTAL		26	20,0	104	80,0	130	100
Chi- cuadrado de Pearson		7,868/ GL 5			p=0,164		

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaborador por: Heras, K; Berrezueta, B.

Interpretación: De los 130 niños y niñas que participaron en el estudio 26 (20%) infantes presentaron RPM, de los cuales 9 (6,9%) niños/as tenían edades comprendidas entre 24 a 29 meses.

Las variables edad cronológica de los niños/as y retraso del desarrollo psicomotor (RPM) tienen un valor de probabilidad $p=0,164$ que nos indica que no existe asociación estadísticamente significativa.



Tabla # 11

Distribución de 130 niños y niñas que asisten a los CIBV de la Ciudad de Cuenca mayo – julio 2017; según: Sexo y Retraso del Desarrollo Psicomotor.

Retraso del Desarrollo Psicomotor						
Sexo					Total	
	SI		NO			
	#	%	#	%	#	%
Femenino	14	10,8	45	34,6	59	45,4
Masculino	12	9,2	59	45,4	71	54,6
TOTAL	26	20,0	104	80,0	130	100
Chi- cuadrado de Pearson	0,939/ GL 1			p=0,333		

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaborador por: Heras, K; Berrezueta, B.

Interpretación: Del total de la muestra obtenida en el estudio (130 niños y niñas), 26 (20%) infantes presentan RPM, de los cuales 14 (10,8%) son niñas.

Las variables sexo y retraso del desarrollo psicomotor (RPM) tienen un valor de probabilidad $p=0,333$ que nos indica que no existe asociación estadísticamente significativa.

Tabla # 12

Distribución de 130 niños y niñas que asisten a los CIBV de la Ciudad de Cuenca mayo – julio 2017; según: Lugar de residencia y Retraso del Desarrollo Psicomotor.

Lugar de residencia	Retraso del Desarrollo Psicomotor					
	SI		NO		Total	
	#	%	#	%	#	%
Urbano	13	10,0	58	44,6	71	54,6
Rural	13	10,0	46	35,4	59	45,4

Tabla # 12. Continuación



TOTAL	26	20,0	104	80,0	130	100
--------------	----	------	-----	------	-----	-----

Distribución de 130 niños y niñas que asisten a los CIBV de la Ciudad de Cuenca mayo – julio 2017; según: *Lugar de residencia y Retraso del Desarrollo Psicomotor.*

Chi- cuadrado de Pearson		0,279/ GL 1	p=0,597
---------------------------------	--	--------------------	----------------

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaborador por: Heras, K; Berrezueta, B.

Interpretación: En nuestro estudio se pudo observar que el retraso del desarrollo psicomotor se presenta tanto en la zona urbana como rural en igual porcentaje, siendo 13 (10%) infantes en la zona urbana y 13 (10%) infantes en la zona rural. Cabe recalcar que los niños que asisten a los CIBV en su mayoría pertenecen a familias con ingresos económicos bajos, por lo que aparentemente no influiría el lugar de residencia.

Las variables lugar de residencia y retraso del desarrollo psicomotor (RPM) tienen un valor de probabilidad $p=0,597$ que nos indica que no existe asociación estadísticamente significativa.

Tabla # 13

Distribución de 130 niños y niñas que asisten a los CIBV de la Ciudad de Cuenca mayo – julio 2017; según: *Tipo de familia y Retraso del Desarrollo Psicomotor.*

Tipo de familia	Retraso del Desarrollo Psicomotor				Total	
	SI		NO			
	#	%	#	%	#	%
Nuclear	13	10,0	53	40,8	66	50,8
Monoparental	4	3,1	27	20,8	31	23,8
Extendida	9	6,9	24	18,5	33	25,4
TOTAL	26	20,0	104	80,0	130	100
Chi- cuadrado de Pearson	2,071/ GL 2				p=0, 355	

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaborador por: Heras, K; Berrezueta, B.



Interpretación: En el estudio se pudo observar que 66 (50,8%) niños y niñas provienen de familias nucleares, sin embargo 13 (10%) de ellos presentan retraso del desarrollo psicomotor, seguido por las familias extendidas (33) de los cuales 9 (6,9%) niños/as presentan retraso del desarrollo psicomotor.

Las variables tipo de familia y retraso del desarrollo psicomotor tienen un valor de probabilidad $p=0,355$ que nos indica que no existe asociación estadísticamente significativa.

Tabla # 14

Distribución de 130 niños y niñas que asisten a los CIBV de la Ciudad de Cuenca mayo – julio 2017; según: *Estado nutricional y Retraso del Desarrollo Psicomotor*.

Estado nutricional	Retraso del Desarrollo Psicomotor				Total	
	SI		NO		#	%
	#	%	#	%		
Adecuado	22	16,9	87	66,9	109	83,8
Riesgo de desnutrición	0	0	3	2,3	3	2,3
Desnutrición	1	0,8	1	0,8	2	1,5
Riesgo de sobrepeso	2	1,5	12	9,2	14	10,8
Sobrepeso	1	0,8	1	0,8	2	1,5
TOTAL	26	20,0	104	80,0	130	100
Chi- cuadrado de Pearson	3,288/ GL 4			p=0, 511		

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaborador por: Heras, K; Berrezueta, B.

Interpretación: De los 130 preescolares que participaron en el estudio, 26 (20%) niños/as presentaron retraso del desarrollo psicomotor, de los cuales 22 (16,9%) infantes se encuentran en el rango de la normalidad en relación a su estado nutricional; por el contrario, con un porcentaje menor del 1,5% (2) presentaron sobrepeso.



Las variables estado nutricional y retraso del desarrollo psicomotor tienen un valor de probabilidad de $p=0,511$ que nos indica que no existe asociación estadísticamente significativa.

Tabla # 15

Distribución de 130 niños y niñas que asisten a los CIBV de la Ciudad de Cuenca mayo – julio 2017; según: *Nivel de instrucción del padre y Retraso del Desarrollo Psicomotor.*

Nivel de instrucción del padre	Retraso del Desarrollo Psicomotor					
	SI		NO		Total	
	#	%	#	%	#	%
Educación general básica	10	7,7	51	39,2	61	46,9
Bachillerato general unificado	16	12,3	41	31,5	57	43,8
Educación Superior	0	0	12	9,2	12	9,2
TOTAL	26	20,0	104	80,0	130	100
Chi- cuadrado de Pearson	5,816/ GL 2			p=0,055		

Fuente: Formulario de recolección de datos.
Elaborador por: Heras, K; Berrezueta, B.

Interpretación: En el estudio se observó que el 20% (26) de los niños/as presentan retraso del desarrollo psicomotor, de los cuales el 12,3% (16) tienen padres que han cursado el bachillerato general unificado como máximo nivel de estudio, seguido con el 7,7% (10) la educación general básica.

Las variables nivel de instrucción del padre y retraso del desarrollo psicomotor tienen un valor de probabilidad de $p=0,055$ que nos indica que no existe asociación estadísticamente significativa.

Tabla # 16

Distribución de 130 niños y niñas que asisten a los CIBV de la Ciudad de Cuenca mayo – julio 2017; según: *Nivel de instrucción de la madre y Retraso del Desarrollo Psicomotor.*

Nivel de instrucción de la madre	Retraso del Desarrollo Psicomotor					
	SI		NO		Total	
	#	%	#	%	#	%
Inicial	0	0	1	0,8	1	0,8
Educación general básica	14	10,8	46	35,4	60	46,2
Bachillerato general unificado	8	6,2	42	32,3	50	38,5
Educación Superior	4	3,1	15	11,5	19	14,6
TOTAL	26	20,0	104	80,0	130	100
Chi- cuadrado de Pearson	1,180/ GL 3			p=0, 758		

Fuente: Formulario de recolección de datos.
Elaborador por: Heras, K; Berrezueta, B.

Interpretación: De los 130 niños/as se obtuvo como resultado a 26 (20%) infantes que presentaron retraso del desarrollo psicomotor, de los cuales con apenas el 3,1% (4) tienen madres que han cursado estudios superiores al contrario de un 10,8% (14) que han cursado como máximo nivel de instrucción la educación general básica.

Las variables nivel de instrucción de la madre y retraso del desarrollo psicomotor tienen un valor de probabilidad de $p=0,758$ que nos indica que no existe asociación estadísticamente significativa.



Tabla # 17

Distribución de 130 niños y niñas que asisten a los CIBV de la Ciudad de Cuenca mayo – julio 2017; según: *Nivel de instrucción de la tutora y Retraso del Desarrollo Psicomotor.*

Nivel de instrucción de la tutora	Retraso del Desarrollo Psicomotor					
	SI		NO		Total	
	#	%	#	%	#	%
Bachillerato General Unificado	21	16,2	85	65,4	106	81,5
Educación Superior	5	3,8	19	14,6	24	18,5
TOTAL	26	20,0	104	80,0	130	100
Chi- cuadrado de Pearson	0,013/ GL 1			p= 0,910		

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaborador por: Heras, K; Berrezueta, B.

Interpretación: Del total de la muestra de estudio (130 niños/as), 26 (20%) preescolares presentaron retraso del desarrollo psicomotor, de los cuales 21 (16,2%) están a cargo de tutoras que han cursado como máximo nivel de instrucción el bachillerato general unificado, se ha observado que solo el 3,8% (5) están a cargo de tutoras que han cursado estudios superiores.

Las variables nivel de instrucción de la tutora y retraso del desarrollo psicomotor tienen un valor de probabilidad de $p=0,910$ que nos indica que no existe asociación estadísticamente significativa.

Tabla # 18

Distribución de 130 niños y niñas que asisten a los CIBV de la Ciudad de Cuenca mayo – julio 2017; según: *Centro Infantil del Buen Vivir y Desarrollo Psicomotor.*

Desarrollo Psicomotor																
Centro Infantil del Buen Vivir	Normal		Retraso Global		Retraso Postura		Retraso Coordinación		Retraso Lenguaje		Retraso Social		Retraso en 2 o más áreas		Total	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
Anima	30	23,1	1	0,8	1	0,8	0	0	1	0,8	1	0,8	1	0,8	35	26,9
Polluelitos	35	26,9	4	3,1	2	1,5	1	0,8	3	2,3	0	0	1	0,8	46	35,4
San Agustín	21	16,2	1	0,8	1	0,8	0	0	1	0,8	1	0,8	0	0	25	19,2
Santa Ana	18	13,8	1	0,8	0	0	0	0	3	2,3	0	0	2	1,5	24	18,5
TOTAL	104	80,0	7	5,4	4	3,1	1	0,8	8	6,2	2	1,5	4	3,1	130	100

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaborador por: Heras, K; Berrezueta, B.

Interpretación: Del total de la muestra obtenida en el estudio (130 niños/as), observamos que 7 (5,4%) infantes presentan retraso global del desarrollo, de los cuales 4 (3,1%) niños/as pertenecen al CIBV “Polluelitos”. 4 (3,1%) infantes presentan retraso en el área de postura, de los cuales 2 (1,5%) niños pertenecen al CIBV “Polluelitos”, 1 (0,8%) niño al CIBV “Anima” y 1 (0,8%) niño al CIBV “San Agustín”. 8 (6,2%) infantes presentan retraso en el área de lenguaje, de los cuales



3 (2,3%) niños pertenecen al CIBV “Polluelitos”, 3 (2,3%) niños al CIBV “Santa Ana”, 1 (0,8%) niño al CIBV “Anima” y 1 (0,8%) niño al CIBV “San Agustín”.

CAPITULO VI

6. DISCUSIÓN

La presente investigación fue realizada a niños/as de cuatro Centros Infantiles del Buen Vivir – CIBV con la aplicación de la “Escala de Desarrollo Psicomotor de la Primera Infancia Brunet – Lézine Revisado” con el objetivo de conocer el nivel de desarrollo psicomotor – DPM y factores que se encontraron aparentemente asociados con la población determinada.

En nuestra investigación se evaluaron a 130 niños/as con edades entre 14 y 47 meses con un retraso global del desarrollo psicomotor del 5,4%, de igual forma, en un estudio denominado **“Evaluación del Desarrollo Psicomotor en niños/as de los Centros Infantiles Angelitos, San Francisco y Huayna Cápac. Cuenca, 2016”**, se evaluaron a 90 niños/as con un rango de edad de 17 a 30 meses determinando un retraso global del 5,5%, porcentaje similar al resultado obtenido en nuestro estudio. ⁽²⁶⁾

Con respecto a las áreas de desarrollo psicomotor en nuestro estudio el 20% de la población presenta retraso global o en alguna de las áreas del desarrollo psicomotor. El mayor retraso se da en el área de lenguaje con el 6,2% de los 130 infantes evaluados, también se encuentra el área de postura con 3,1%, seguido del área social con 1,5% y el área de coordinación con 0,8%, no podemos olvidar que también de acuerdo a los resultados existe un 3,1% de retrasos en dos o más áreas de desarrollo. Asimismo, un estudio llamado **“Detección de retrasos del desarrollo en niños y niñas de 1 a 3 años de edad en Centros Infantiles Del Buen Vivir circuito Gualaceo 2015”** en donde existen datos similares, debido a que en este estudio el área de mayor retraso es la de lenguaje seguida por la postural y finalmente el área social. ⁽²⁷⁾ Estos resultados son el reflejo del desarrollo lingüístico que puede verse afectado si existen dificultades o deficiencias en aspectos orgánicos y psicológicos, estos datos no pueden ser considerados de manera aislada a otras áreas del DPM debido a que se fundamenta en una base genética y en factores que influyen en su progreso. ⁽²⁸⁾



Referente al retraso global en el desarrollo psicomotor y el sexo, se pudo observar que existe una mayoría del sexo femenino con el 3,1% frente al 2,3% del sexo masculino, por otro lado, en el estudio nombrado **“Nivel de desarrollo psicomotor en niños y niñas del CEDIUC, MARZO 2016 - MARZO 2017”** en el que se evaluaron a 123 niños/as con y sin discapacidad, existe un predominio del sexo masculino con el 19,5%. Esta diferencia se debe a que la muestra del estudio citado cuenta con niños/as con discapacidad, por el contrario, nuestro estudio no encontró a niños preescolares con discapacidad en los CIBV evaluados. ⁽²⁹⁾

En los primeros años de vida por lo general los niños pasan la mayor parte de su tiempo interactuando con su entorno. En la zona rural existe mayor desenvolvimiento motriz porque los menores realizan actividades que requieren el movimiento global de su cuerpo, en cambio en la zona urbana existen menos espacios al aire libre que fomenten el adecuado desarrollo sensorio motriz. ⁽³⁰⁾ En nuestro estudio el lugar de residencia no mostró mayor influencia en el retraso del desarrollo psicomotor - RPM debido a que el 10% de la zona urbana presenta retraso al igual que la zona rural que también cuenta con el 10%. A su vez en Chile la investigación **“Sistematización Programa de Estimulación Temprana”** revela que el retraso psicomotor en la zona urbana es del 3% y la zona rural con el 10%, esto puede deberse a que en la población del estudio mencionado no todos los niños reciben el mismo tipo de educación, además de que la muestra es mucho más grande que la de nuestra investigación. ⁽³⁰⁾

En cuanto al tipo de familia y el desarrollo psicomotor nuestra investigación permite apreciar que de los 130 preescolares evaluados el 50,8% conviven con una familia nuclear, 23,8% con una familia monoparental y 25,4% con una familia extendida, de estos porcentajes los que poseen RPM el 10% pertenece a una familia nuclear, 3,1% a una monoparental y 6,9 % son parte de una familia extendida. La investigación **“Prevalencia de los retrasos del desarrollo con o sin discapacidad y los factores asociados en niños y niñas de 0 a 5 años de edad que asisten a los centros infantiles privados regulares del área periférica del Cantón Cuenca 2008-2010”** contó con 44 niños y niñas, el 76,19% son parte de familias nucleares, seguida por el 19, 05 % de familias extendidas y el 4,76% de familias monoparentales, a su vez de estos resultados los niños con



RPM que forman parte de una familia nuclear son el 50%, de igual manera los niños de familias extensas formaron parte del 50 %, pero en el estudio citado el porcentaje de familias monoparentales fue nulo. ⁽³¹⁾

El retraso en el desarrollo psicomotor puede ser influenciado por el estado nutricional, en nuestra investigación el 16,9% poseían un estado nutricional adecuado, 0,8% se encontraban en el rango de desnutrición, 1,5% riesgo de sobrepeso y finalmente sobrepeso con el 0,8% no obstante un estudio nombrado **“Retrasos en el desarrollo psicomotriz en niños y niñas urbanos de 0 a 5 años: Estudio de caso en la zona urbana de Cuenca, Ecuador”** con una población de 462 niños y niñas con y sin discapacidad asegura que el 23,5% tenía desnutrición y retraso en el desarrollo psicomotor, esta diferencia se debe a que en el estudio presentado participaron niños con discapacidad y la muestra de estudio fue más amplia. ⁽⁸⁾

La influencia directa de estimulación que ofrecen los padres o cuidadores a un niño puede ser asociada con el retraso del desarrollo psicomotor y la instrucción del progenitor debido a que en el estudio encontramos que un 46,9% había culminado la Educación General Básica, el 43,8% el Bachillerato General Unificado y 9,2% Educación Superior, además el 0,8% de las madres tenían educación inicial, el 46,2% habían terminado la Educación General Básica, el 38,5% el Bachillerato General Unificado y por último el 14,6% Educación Superior sin embargo en un estudio realizado en Perú **“FACTORES SOCIOCULTURALES DE LAS MADRES Y EL GRADO DE DESARROLLO PSICOMOTOR DEL NIÑO DE 1 A 6 MESES DEL HOSPITAL DE EMERGENCIAS GRAU NIVEL III ESSALUD ABRIL 2013”** se pudo encontrar que 5% poseía Educación General Básica, el 61,4% Bachillerato General Unificado y Educación Superior con el 33,6%. ⁽³²⁾

También encontramos que la instrucción de la maestra tutora de cada aula únicamente el 3,8% posee educación superior y el 16, 2% bachillerato general unificado.



CAPITULO VII

7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

7.1 CONCLUSIONES

- Nuestro proyecto de investigación se llevó a cabo en los Centros Infantiles del Buen Vivir – CIBV “Anima”, “Polluelitos”, “San Agustín”, “Santa Ana” con un total de 130 niños y niñas evaluados con la Escala de Desarrollo de la Primera Infancia Brunet Lézine Revisado, en edades comprendidas entre 14 a 47 meses de edad. De los cuales el 45,4% fueron niñas y el 54,6% fueron niños.
- Referente al nivel de instrucción de los representantes legales, se encontró que el padre tiene como mayor nivel de instrucción con un 46,9% la educación general básica y con un 9,2% estudios superiores, la madre tiene similitud en cuanto a la educación general básica ya que predomina con un 46,2% al contrario de la educación superior, ya que se aprecia un mayor porcentaje del 14,6%.
- Los representantes legales en su mayoría son adultos jóvenes, de los cuales los padres representan un 94,6% y las madres un 95,4%, como minoría se encuentran madres adolescentes con un porcentaje del 3,8%.
- Según el lugar de residencia de los niños/as predominó la zona urbana con un 54,6%. Con respecto al RPM no hubo distinción según el lugar de residencia teniendo un porcentaje igualitario del 10% tanto para la zona urbana como para la rural, se debe tener en cuenta que los niños/as que acuden a los CIBV provienen de familias con ingresos económicos bajos por lo que el lugar de residencia aparentemente no influiría en el desarrollo psicomotor de los niños/as.
- Con respecto al tipo de familia en nuestro estudio predominaron las familias nucleares con un 50,8%, seguido de las familias extendidas con un 25,4%, que se asemeja al valor de las familias monoparentales con un 23,8%. Con un 10% se observó que las familias nucleares tienen el mayor número de niños con RPM.



- En nuestro proyecto de investigación no se encontraron casos de niños con discapacidad.
- La mayoría de tutoras que laboraban en los CIBV antes nombrados, tienen como máximo nivel de estudio el bachillerato general unificado con un porcentaje del 81.3%, de los cuales el 16,2% de los niños presentan RPM. Por el contrario, con el 18,8% las tutoras de aula tienen estudios de tercer nivel acordes a las necesidades educativas de los niños y niñas, aunque se evidencio que el 3,8% de los niños presentaron RPM.
- En nuestro proyecto de investigación se encontró que el 5,4% de los niños/as presentan retraso global del desarrollo, de los cuales predomina el sexo femenino con un porcentaje del 3,1%.
- En el área de coordinación se presenta un retraso del 0,8% en el sexo femenino.
- El 3,1% presentan retraso en el área de postura sin distinción de sexo ya que los dos presentan 1,5% respectivamente.
- El área de lenguaje fue la más afectada por tener un porcentaje del 6,2% de igual manera sin distinción de sexo con un 3,1% respectivamente. También se encontraron retrasos del desarrollo psicomotor en 2 o más áreas presentándose con un porcentaje del 3,1% sin distinción de sexo, de los cuales 1,5% corresponden al sexo femenino y 1,5% al sexo masculino.
- De los 130 niños/as que participaron en el estudio se puede concluir que el sexo femenino presenta más RPM en las áreas evaluadas siendo las de más afectación el retraso del desarrollo global y el área de lenguaje, aunque se puede observar que se encontró similitud con el sexo masculino ya que las áreas que más afectación tuvieron fueron el retraso global y el área de lenguaje. El Centro Infantil del Buen Vivir que presento más niños con RPM fue “Polluelitos” con el 8,5% (11).
- El área que presento un menor rendimiento en el desarrollo psicomotor de los niños/as fue la de lenguaje con un 6,2%. Por el contrario el área de



mayor fortaleza fue la de coordinación por presentar menor retraso en dicha área con el 0,8%.

7.2 RECOMENDACIONES

- Realizar capacitaciones acerca de herramientas de evaluación del desarrollo psicomotor a los tutores de los CIBV, con el objetivo de que los infantes se encuentren constantemente evaluados y se pueda prevenir y tratar dificultades en el desarrollo psicomotor.
- Ofrecer en cada CIBV personal capacitado en el ámbito de la atención temprana a la primera infancia, de preferencia los tutores deberían poseer títulos en tercer nivel en carreras como: Estimulación Temprana, Educación Inicial y a fines.
- Establecer estrategias educativas con objetivos claros, previamente establecidos y no considerarlo únicamente como una actividad de juego libre, las mismas deben ser dirigidas por la educadora utilizando el material pertinente en cada actividad a realizarse, porque mientras se realizaba la investigación se pudo apreciar que la estrategia de los rincones no se la utilizaba de manera adecuada.
- Realizar capacitaciones constantes a los representantes legales sobre temas relacionados con los signos de alarma en el desarrollo psicomotor.
- Trabajar con equipos interdisciplinarios dentro de los CIBV, para lograr mejores resultados en el desarrollo psicomotor de los niños/as.
- Realizar investigaciones acerca de los factores que influyen de manera significativa en el desarrollo psicomotor, en especial dar énfasis a los que podrían influir en el área de desarrollo del lenguaje.
- Realizar evaluaciones de desarrollo del lenguaje en los niños/as que asisten a los CIBV, con la finalidad de ofrecer programas de intervención temprana en dicha área.
- Realizar campañas de salud, dentro de los CIBV con ayuda de la comunidad con el objetivo de prevenir dificultades en el desarrollo psicomotor de los niños/as.



- Verificar que los Centros Infantiles del Buen Vivir cumplan con las condiciones previamente establecidas como son la cobertura mínima de 40 niños/as por cada CIBV y de manera especial la inclusión de menores con discapacidad, debido a que durante nuestra investigación se pudo apreciar que en los centros evaluados no cumplían con estas condiciones.



8. BIBLIOGRAFÍA

8.1 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de Inclusión Económica y Social. Informe de Gestión. Ecuador. 2013. [Citado el 21 de marzo de 2017]; p.1-66. Disponible en: <http://www.inclusion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2013/05/INFORME-MIESS.pdf>
2. Ministerio Coordinador de Desarrollo Social. Estrategia Nacional Intersectorial para la Primera Infancia. Ecuador 2014. [Citado el 23 de marzo de 2017]; p. 1-15. Disponible en: <http://www.desarrollosocial.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/02/Estrategia-Nacional-de-Primera-Infancia.pdf>
3. García M, Martínez M. Desarrollo Psicomotor y Signos de Alarma. AEPap. 2016. [Citado el 27 de marzo de 2017]; 3(1): 81-93. Disponible en: https://www.aepap.org/sites/default/files/2em.1_desarrollo_psicomotor_y_signos_de_alarma.pdf
4. Woolfenden S, Eapen V, Williams K, Hayen A, Spencer N, Kemp L. A systematic of the prevalence of parental concerns measured by the Parents Evaluation of Developmental Status (PEDS) indicating developmental risk. BMC Pediatrics. 2014. [Citado el 30 de marzo de 2017]; 14(223): 1-13. Disponible en: <https://bmcpediatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2431-14-231>
5. Sepúlveda G. Estudio comparativo entre el desarrollo psicomotor de niños que presentan o no vulnerabilidad escolar en el primer año básico de colegios municipalizados y particulares subvencionados de la comuna de Iquique. Revista Motricidad y Persona. 2012. [Citado el 30 de marzo de 2017]; 17-24. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4027574>
6. Lejarraga H, et al. Desarrollo psicomotor infantil en la Cuenca Matanza-Riachuelo: pesquisa de problemas inaparentes del desarrollo. Rev Argent Salud



Pública. 2014. [Citado el 30 de marzo de 2017]; 5 (19): 17-24. Disponible en: <http://www.rasp.msal.gov.ar/rasp/articulos/volumen19/17-24.pdf>

7. Rodriguez E, Piedra E. Evaluación de las habilidades básicas: motriz y lenguaje en los niños y niñas de 1 a 3 años de los Centros Infantiles del Buen Vivir urbano y rural del Cantón Cuenca. Tesis [Internet]. 2014. [Citado el 30 de marzo de 2017]. Disponible en: <http://dspace.uazuay.edu.ec/handle/datos/4013>

8. Huiracocha L, et al. Retrasos del desarrollo psicomotriz en niños y niñas urbanos de 0 a 5 años: estudio de caso en la zona urbana de Cuenca, Ecuador. Maskana. 2014. [Citado el 30 de marzo de 2017]; 3(1): 13-28. Disponible en: [http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/5385/1/MASKANA%20si6396%20\(2\).pdf](http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/5385/1/MASKANA%20si6396%20(2).pdf)

9. Ministerio de Inclusión Económica y Social, Ministerio de Educación. Guía de orientaciones para la aplicación del currículo de educación inicial sub nivel 1. Quito, Ecuador. 2015. [Citado el 31 de marzo de 2017]; p. 10-24.

10. Correa R. Decreto No. 508.Ecuador. [Citado el 21 de marzo de 2017].

11. Ministerio de Inclusión Económica y Social. Norma técnica de desarrollo infantil integral: servicios en centros de desarrollo infantil modalidad institucional CIBV y CDI. Quito, Ecuador. 2014. [Citado el 3 de abril de 2017]; p. 1-23. Disponible en: <http://www.inclusion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/03/Vista-Previa-Norma-Te%CC%81cnica-CIBV-15x21-32-pag-Final-05-03-142.pdf>

12. Vericat A. El desarrollo psicomotor y sus alteraciones: entre lo normal y lo patológico. *Ciência&SaúdeColetiva*. 2013. [citado el 6 de abril de 2017]; 18(10): 2977-2984. ISSN 1413-8123.

Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013001000022



13. Gutiérrez R, Díaz K, Román R. El concepto de familia en México: una revisión desde la mirada antropológica y demográfica. CIENCIA ergo-sum. 2015. [citado el 9 de mayo de 2017]; 23(3): 219-228. ISSN 1405-0269.

Disponible en:

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10448076002>

14. Asamblea Nacional Constituyente. Constitución de la República del Ecuador. 2008. [citado el 20 de mayo de 2017]. Disponible en:

http://www.oas.org/juridico/PDFs/mesicic4_ecu_const.pdf

15. Martínez H. La familia: una visión interdisciplinaria. Rev Méd Electrón. 2015. [citado el 21 de mayo de 2017]; 37 (5): 523-534. Disponible en:

<http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/2852/1502>

16. Ruiz S, Martín M. Nuevas formas de familia, Viejas políticas familiares. Las familias monomarentales. NÓMADAS. 2012. [citado el 21 de mayo de 2017]; 33 (1): 159-175. ISSN 1578-6730. Disponible en:

<http://revistas.ucm.es/index.php/NOMA/article/view/38503>

17. Vallejo M, Castro L, Cerezo M. Estado nutricional y determinantes sociales en niños entre 0 y 5 años de la comunidad de Yunguillo y de Red Unidos, Mocoa – Colombia. Rev Univ. salud. 2016. [citado el 7 de junio de 2017]; 18 (1): 113-125. Disponible en:

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-71072016000100012

18. Organización Mundial de la Salud. Interpretando los Indicadores de Crecimiento. 2008. [citado el 7 de junio de 2017]; 1-48. Disponible en:

http://www.who.int/childgrowth/training/c_interpretando.pdf

19. Ministerio de Educación. Currículo de los Niveles de Educación Obligatoria. 2016. [citado el 29 de junio de 2017]; 1-24. Disponible en: <https://educacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2016/08/Curriculov2.pdf>



20. Larrea O. Sistema de Educación Superior del Ecuador. 2012. [citado el 29 de junio de 2017]; 1-24. Disponible en:
http://tuning.unideusto.org/tuningal/images/stories/presentaciones/ecuador_doc.pdf
21. Gupta S, Gupta V, Ahmed A. Common developmental delay in full-term children: a common neurological profile to aid in clinical diagnosis. iMedPub. 2016. [citado el 15 de agosto de 2017]; 1(2): 1-10. ISSN 2472-1964
Disponible en:
<http://clinical-developmental-biology.imedpub.com/common-developmental-delay-in-fulltermchildren-a-common-neurological-profile-toaid-in-clinical-diagnosis.pdf>
22. Robles M, Sanchez D. Atención Infantil en España. Papeles del psicólogo. 2013. [citado el 15 de agosto de 2017]; 34 (2): 132-143. ISSN 0214-7823
Disponible en:
<http://www.redalyc.org/pdf/778/77827025005.pdf>
23. Cánovas R, Martínez L, Sanchez M, Roldán L. Retraso mental y psicomotor en la primera infancia: revisión de la literatura y propuesta de un protocolo de valoración neuropsicológica. Cuad Neuropsicol. 2010. [citado el 6 de abril de 2017]; 4(2): 162-185. Disponible en:
<http://www.cnps.cl/index.php/cnps/article/view/108>
24. Josse D, Brunet Lezine Revisada Escala de desarrollo psicomotor de la primera infancia. Symtec. 2010. [citado el 6 de abril de 2017]: 1-26.
25. Alcantud F, Rico D, Ribelles L, Ronda E. Relación entre la escala de desarrollo psicomotor de la primera infancia Brunet Lézine revisada y la escala de desarrollo motor. THERAPEÍA. 2011. [citado el 6 de abril de 2017]; 1(1): 27-38. ISSN 1889-6111 Disponible en:



https://www.researchgate.net/publication/233862405_Relacion_entre_la_escala_de_desarrollo_psicomotor_de_la_primera_infancia_Brunet-Lezine_revisada_y_la_escala_de_desarrollo_motor_Peabody-2

26. Alvarez F, Fajardo A. Evaluación del desarrollo psicomotor en niños/as de los centros infantiles (Angelitos, San Francisco y Huayna Capac). 2017. [citado el 6 de noviembre de 2017]; 38-44. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/27267/1/Proyecto%20de%20Investigacion%281%29.pdf>

27. Cabrera J. Detección de retrasos del desarrollo en niños y niñas de 1 a 3 años de edad en Centros Infantiles Del Buen Vivir circuito Gualaceo. 2015. [citado el 30 de noviembre de 2017]; 8-25. Disponible en: <http://dspace.uazuay.edu.ec/handle/datos/4579>

28. Fernández F. Escuchemos el lenguaje del niño: normalidad versus signos de alerta. Rev Pediatr Aten Primaria. 2013. [citado el 30 de noviembre de 2017]; 15(23):117-126. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322013000300014

29. Marquina D, Quito A. Nivel de desarrollo psicomotor en niños y niñas del CEDIUC. MARZO 2016 – MARZO 2017. 2017. [citado el 1 de diciembre de 2017]; 70-79. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/28523>

30. Fernández L, Riquelme P. Sistematización Programa de Estimulación Temprana. 2006. [citado el 1 de diciembre de 2017]; 1-43. Disponible en: https://ucampus.uchile.cl/m/medicina_catalogo/programa?bajar=1&id=22470

31. Crespo M, Avendaño R. Prevalencia de los retrasos del desarrollo con o sin discapacidad y los factores asociados en niños y niñas de 0 a 5 años de edad que asisten a los centros infantiles privados regulares del área periférica del cantón



cuenca 2008-2010. 2010. [citado el 1 de diciembre de 2017]; 1-166. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/4290>

32. Yanarico A. Factores socioculturales de las madres y el grado de desarrollo psicomotor del niño de 1 a 6 meses del hospital de emergencias GRAU nivel iii ESSALUD abril 2013. 2013. [citado el 1 de diciembre de 2017]; 1-110. Disponible en: http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/355/1/Yanarico_ac.pdf



8.2 BIBLIOGRAFIA GENERAL

1. Torres E, Zuñiga R. Desarrollo psicomotor de niños y niñas de 2 a 5 años del CIBV Los Pitufos del Valle Cuenca 2016. Tesis [Internet]. 2017. [Citado el 27 de marzo de 2017]. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/26624>
2. Cárdenas D, Peralta M. Incidencia de retraso en el desarrollo psicomotor mediante la aplicación del Inventario de Desarrollo Battelle a niños de centros de atención especial Cuenca 2016. Tesis [Internet]. 2017. [Citado el 27 de marzo de 2017]. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/26952>
3. Secretaria Nacional de Planificación y Desarrollo. Plan Nacional del Buen Vivir 2009-2013. Quito, Ecuador. 2009. [Citado el 31 de marzo de 2017] p. 1-46. Disponible en: http://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2012/07/Plan_Nacional_para_el_Buen_Vivir.pdf
4. Ministerio de Inclusión Económica y Social. Política pública desarrollo infantil integral. Ecuador. 2013. [Citado el 31 de marzo de 2017] p. 1-21. Disponible en: <http://www.inclusion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2013/11/Libro-de-Pol%C3%ADticas-P%C3%BAblicas.pdf>
5. Dornelas L, Castro N, Castro L. Neuropsychomotor developmental delay: conceptual map, term definitions, uses and limitations. Rev Paul Pediatr. 2015. [Citado el 31 de marzo de 2017]; 33(1): 88-103. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4436961/>
6. Eickmann S, Ferraz N, Carvalho M. Psychomotor development of preterm infants aged 6 to 12 months. Sao Paulo Med J. 2012. [Citado el 3 de abril de 2017]; 130 (5): 299-306. ISSN 1516-3180 Disponible en:



http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-31802012000500006

7. Rizzoli A, Campos M, Vélez H, Delgado I, Baqueiro C, Villasís A. Evaluación diagnóstica del nivel de desarrollo en niños identificados con riesgo de retraso mediante la prueba de Evaluación del Desarrollo Infantil. *Bol MedHospInfant*. 2016. [Citado el 6 de abril de 2017]; 72(6): 397-408. ISSN 1665-1146. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1665-11462015000600397&script=sci_abstract

8. Vericat A, Orden A. Herramientas de Screening del Desarrollo Psicomotor en Latinoamérica. *Rev. Chil. Pediatr*. 2010. [Citado el 27 de abril de 2017]; 81 (5): 391-401. ISSN 0370-4106 Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062010000500002

9. Costa Moragas C. Evaluación del desarrollo en atención temprana. *RIFOP*. 2009. [Citado el 27 de abril de 2017]; 23 (2): 39-55. ISSN 0213-8646 Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=27419063004>

10. Elckman H, Ferráz N, Carvalho M. Psychomotor development of preterm infants aged 6 to 12 months. *Sao Paulo Med*. 2012. [Citado el 17 de mayo de 2017]; 130 (5): 299-306. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-31802012000500006

11. Ramirez Y, Diaz M, Vega I, Martinez R. Desarrollo psicomotor y alteraciones cognitivas en escolares con alteraciones del neurodesarrollo. *Rev Cubana Neurol Neurocir*. 2013. [Citado el 26 de junio de 2017] 3 (2):111–6. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4409672.pdf>

12. Araujo M, López F, Novella R, Schodt S, Tomé R. La calidad de los Centros Infantiles del Buen Vivir en Ecuador. 2015. [Citado el 3 de julio de 2017]: 1-48 Disponible en: <https://publications.iadb.org/bitstream/handle/11319/7251/La-calidad-de-los-Centros-Infantiles-del-Buen-Vivir-en-Ecuador.pdf?sequence=1>



13. Dornelas L, Castro N, Castro L. Neuropsychomotor developmental delay: conceptual map, term definitions, uses and limitations. *Rev Paul Pediatr.* 2015. [Citado el 28 de julio de 2017]; 33(1):88–103. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4436961/>
14. Elckman S, Ferraz N, Carvalho N. Psychomotor development of preterm infants aged 6 to 12 months. *Sao Paulo Med J.* 2012. [Citado el 29 de agosto de 2017]; 130(5): 299-306. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23174869>
15. Vericat A, Orden A. Herramientas de screening del desarrollo psicomotor en Latinoamérica. *Rev Chil Pediatr.* 2010. [Citado el 9 de septiembre de 2017]; 81 (5): 391 – 401. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062010000500002
16. Arteaga C, Sepúlveda D, Aranda V. Diversificación de las estructuras familiares caracterización de las convivencias en Chile. *Revista de sociología.* 2012. [Citado el 22 de septiembre de 2017]; 27 (1): 37-52. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/162107029/Sociologia-Estructura-Familiar>



9. ANEXOS

ANEXO 1



UNIVERSIDAD DE CUENCA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS CARRERA DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA EN SALUD

ASENTIMIENTO INFORMADO DE REPRESENTANTE LEGAL

Nosotras, Karina Heras Figueroa portadora CI 0105389241 y Belén Berrezueta Fernández portadora CI 0103836250, estudiantes de Estimulación Temprana en Salud de la Universidad de Cuenca, nos dirigimos a Usted de la manera más comedida solicitándole se nos conceda la respectiva autorización para nuestra investigación.

Este estudio consiste en la aplicación de la Escala de Desarrollo de la Primera Infancia Brunet Lézine Revisado, que mide el desarrollo psicomotor detectando posibles retrasos o problemas en la adquisición de habilidades acordes a su edad, evalúa 4 áreas: control postural, coordinación óculo- motriz, lenguaje y social, a través de actividades dirigidas al menor, preguntas al representante legal o al profesor del aula. Tendrá una duración entre 25 y 60 minutos variando de acuerdo a cada niño/a. La evaluación no tiene costo, no representa una amenaza hacia el menor, y los datos obtenidos servirán como medio de socialización entre tutoras del aula y padres de familia.

En el Proyecto de Investigación participaran todos los niños/as, que asistan a los Centros Infantiles del Buen Vivir: "Santa Ana", "San Agustín", "Los Polluelitos" y "Anima" del Cantón Cuenca. La información que proporcione el representante legal, será utilizada con responsabilidad y únicamente para fines de investigación, se manejarán los datos con seriedad y confidencialidad.

PROCEDIMIENTOS

- Los representantes legales que acepten de manera voluntaria participar del proyecto, deben firmar el consentimiento informado.
- Los menores que ingresen en la investigación serán evaluados con la Escala de Desarrollo "Brunet Lézine", por medio de actividades individuales y preguntas al representante legal y/o al tutor del aula.
- Al final de la evaluación se procederá a la calificación y entrega de informes correspondientes a cada tutora de aula, con el fin de socializar datos con los representantes en cuanto creyeran conveniente.
- El proyecto de investigación no implica ningún riesgo hacia el niño/a evaluado y es gratuito en su totalidad.

Yo, _____ en calidad de representante del niño/a _____, acepto libre y voluntariamente que mi hijo/a ingrese al Proyecto de Investigación que se llevara a cabo por parte de las estudiantes de la Universidad de Cuenca y estoy de acuerdo con la información que he recibido.

Firma



NOTA: En caso de requerir mayor información comunicarse con la Srta. Karina Heras Figueroa:
0994117903



ANEXO 2



UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA EN SALUD

**EVALUACIÓN DEL DESARROLLO PSICOMOTOR A PREESCOLARES QUE
ASISTEN A LOS CENTROS INFANTILES DEL BUEN VIVIR SANTA ANA,
SAN AGUSTIN, LOS POLLUELITOS Y ANIMA, MEDIANTE LA “ESCALA
BRUNET-LÉZINE REVISADO” CUENCA, 2017**

Formulario N° _____

Fecha _____

Representante legal le solicitamos de la manera más comedida nos brinde información verídica para analizar diferentes factores que pueden estar influyendo en el desarrollo psicomotor de su niño o niña. La información que nos proporcione es confidencial.

1. Fecha de nacimiento: ____/____/____ día, mes y año.

2. Edad en años cumplidos:

3. Sexo:

3.1 Femenino ☐

3.2 Masculino ☐

4. Residencia:

4.1 Urbana ☐

4.2 Rural ☐

5. Discapacidad:

5.1 Si ☐

5.2 No ☐

6. Tipo de discapacidad:

6.1 Intelectual ☐

6.2 Física ☐

6.3 Auditiva ☐



6.4 Visual ☐

6.5 Ninguna ☐

7. Diagnóstico: _____

8. Representante legal:

8.1 Madre ☐

8.2 Padre ☐

8.3 Otro ☐ _____

9. Edad del representante legal:

9.1 Padre ☐

9.2 Madre ☐

9.3 Otro ☐ _____

10. Instrucción del representante legal:

10.1 Padre _____

10.2 Madre _____

10.3 Otro _____

11. Medidas antropométricas

12.1 Peso

12.2 Talla/Longitud

12.3 IMC

12. Estado nutricional

12.1 Sobrepeso

12.2 Riesgo de sobrepeso

12.3 Adecuado

12.4 Riesgo de desnutrición

12.5 Desnutrición

13. Tipo de familia

14.1 Monoparental ☐



14.2 Nuclear ☐

14.3 Extendida ☐

Karina Fernanda Heras Figueroa

Ma. Belén Berrezueta Fernández

GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN

Responsables del Formulario: Belén Berrezueta Fernández - Karina Heras Figueroa



ANEXO 3

BLR-E	Brunet - Lezine Revisado
Hoja de nivel	Escala de Desarrollo Psicomotor de la Primera Infancia

ANOTACION Y PERFIL

Nombre y Apellidos
Sexo
Examinador

	Año	Mes	Día
Fecha del examen			
Fecha de nacimiento			
Edad Real			
Ajuste si prematuridad			
Edad real o corregida expresada en meses o en días			

	P	C	L	S	Global
N° de Puntos					
AD en meses					
AD en días					
QD					

QD/Escala	P	C	L	S	Global
160					
150					
140					
130					
120					
110					
100					
90					
80					
70					
60					
50					
40					
30					

Meses	P		C		L		S	
	Pts	Items	Pts	Items	Pts	Items	Pts	Items
30	72		104		73		51	
	66		98		67		45	
			92		61			
24	60		86		55		39	
	56		82		51			
			78		47			
20					43			
	52		74		39		35	
	49		71		36		32	
17			68		33			
	46		65		30		29	
	43		62		27		26	
14			59					
			56					
	40		53		24		23	
12	38		51		22			
			49					
			47					
10			45					
	36		43		20		21	
	34		41		18			
9	32		39					
			37					
	30		35		16		19	
8	29		34				13	
	28		33					
			32					
7	27		31		15		17	
	26		30				15	
	25		29					
6			28					
	24		27		14		15	
	23		26		13			
5	22		25					
			24					
	21		23		12		14	
4	20		22				13	
	19		21					
	18							
3	17		20		11		12	
	16		19		10			
	15		18					
2			17					
	14		16		9		11	
	13		15		8		10	
1			14				9	
	12		13		7		8	
	11		12		6			
0	10		11					
			10					
	9		9		5		7	
-1	8		8				6	
	7		7				5	
	6		6		4		4	
-2	5		5		3		3	
	4		4					
	1		1					
1	mes		1 mes		1 mes		1 mes	



N de orden	Ítem	2 Meses
1	P1	Tendido sobre el vientre levanta la cabeza y los hombros
2	P2	Boca arriba sostiene la cabeza cuando se le sienta, mediante tracción sobre los antebrazos.
3	P3	Estando sobre la espalda se vuelve de lado
4	C1	Sigue con la vista a una persona que se desplaza.
5	C2	Sigue el movimiento del aro describiendo un ángulo de 180°
6	C3	Sentado, vuelve la cabeza para seguir un objeto que se desplaza lentamente
7	L1	Responde a la voz inmovilizándose.
8	L2	Vocaliza dos sonidos diferentes o hace vocalizaciones prolongadas (balbuceo)
9	S1	Sonríe al examinador en respuesta a su sonrisa acompañada de palabras
10	S2	Reacción animación cuando se aproxima a él
3 Meses		
11	P4	Sentado mantiene la cabeza derecha, sin oscilaciones
12	P5	Boca abajo se apoya en los antebrazos.
13	P6	Levanta la cabeza y los hombros cuando se le coloca en posición sentada
14	C4	Mira un cubo colocado sobre la mesa.
15	C5	Tendido sobre la espalda, agarra firmemente el sonajero con un movimiento involuntario
16	C6	Juega con sus manos, las examina
17	L3	Vocaliza cuando el examinador le habla y le sonríe
18	S3	Se anima cuando ve el biberón o le van a dar el pecho.
19	S4	Ríe a carcajadas
20	S5	Conciencia de la novedad de una situación
4 Meses		
21	P7	Boca abajo mantiene las piernas extendidas.
22	P8	Boca arriba, hace movimientos para quitarse el pañuelo que se le ha puesto sobre la cabeza
23	P9	Se mantiene sentado con ligero sostén
24	C7	Mira una pastilla colocada sobre la mesa.
25	C8	Boca arriba, sacude el sonajero colocado en su mano mientras lo mira
26	C9	Boca arriba inicia un movimiento de presión dirigidos al aro
27	C10	Coge un cubo al contacto
28	L4	Vuelve inmediatamente la cabeza para mirar a la persona que lo llama.
29	L5	Expresa de forma diferente placer, incomodidad, cólera o da gritos de alegría
30	S6	Participa en juegos corporales

5 Meses		
31	P10	Tendido sobre espalda explora sus piernas y rodillas
32	P11	De pie, sostenido por los brazos, soporta una parte de su peso
33	C11	Mantiene un cubo en la mano y mira al segundo.
34	C12	Tiende la mano hacia el objeto que se le ofrece.
35	C13	Sentado, coge con una mano el aro que se balancea delante de él
36	L6	Ríe y vocaliza manipulando sus juguetes
37	L7	muestra interés por los ruidos exteriores
38	S7	Sonríe ante el espejo.
39	S8	Responde negativamente o grita cuando la persona que se ocupa de él se aleja
40	S9	Diferencia claramente entre las cara familiares y extrañas

6 Meses		
41	P12	Boca arriba se quita el pañuelo que tiene sobre la cabeza.
42	P13	Tendido sobre la espalda, se coge los pies con la mano
43	P14	Se levanta hasta la posición sentada cuando se ejerce tracción sobre sus antebrazos
44	C14	Eleva el cubo desde la mesa hasta su vista
45	C15	Sostiene dos cubos uno en cada mano y mira el tercero.
46	C16	Coge la pastilla
47	C17	Levanta por el asa la taza invertida.
48	L8	Hace balbuceo o vocaliza cuatro sonidos diferentes
49	L9	Reacciona inmediatamente al oír su nombre
50	S10	Mira lo que mira el adulto si este se lo muestra con el dedo

7 Meses		
51	P15	Se mantiene sentado sin apoyo durante un momento (10s)
52	P16	Sentado con apoyo, se quita el pañuelo que le cubre la cabeza.
53	P17	Hace esfuerzos para desplazarse, se alza sobre las rodillas, empuja con los brazos
54	P18	Lleva sus pies a la boca
55	C18	Coge dos cubos uno en cada mano.
56	C19	Busca la cuchar caída
57	C20	Examina la campanilla con interés
58	L10	Utiliza emisiones vocales, gestos o grita para atraer la atención
59	S11	Participa activamente en el juego de -cu-cu-
60	S12	Juega a tirar sus juguetes

8 Meses		
61	P19	Boca abajo, se quita el pañuelo que le cubre la cabeza.
62	P20	Estando boca arriba, se vuelve boca abajo.
63	P21	Sentado in sostén se quita la servilleta puesta sobre su cabeza
64	C21	Coge la pastilla con la participación del pulgar.
65	C22	Juega a golpear dos objetos
66	C23	Acerca el aro hacia sí tirando del cordón
67	C24	Hace sonar la campanilla
68	L11	Vocaliza varias sílabas bien definidas
69	L12	Reacciona a ciertas palabras familiares
70	S13	Se manifiesta cuando se pone un objeto cerca de su alcance



9 Meses

71	P22	Movimientos claros de desplazamiento	
72	P23	Se mantiene de pie sin apoyo	
73	P24	Sostenido por las axilas, hace movimientos de andar	
74	C25	Coge un tercer cubo dejando uno de los dos que ya tiene	
75	C26	Coge la pastilla utilizando al pulgar y al índice	
76	C27	Encuentra un juguete escondido debajo del pañuelo	
77	C28	Retira el círculo del tablero	
78	L13	Emite sílabas redobladas (ej. Re-do-bla-das)	
79	S14	Comprende una prohibición	
80	S15	Coge trozos con los dedos en su asiento, o bebe solo su biberón manteniéndolo, o bebe en el vaso si se le mantiene (un éxito sobre tres)	

10 Meses

81	P25	Pasa solo de la posición tumbada a la sentada	
82	P26	De pie con apoyo levanta un pie y apoya	
83	P27	Pasa de la posición sentada a la de pie utilizando un apoyo	
84	C29	Levanta por el asa la taza vuelta y coge el cubo o el juguete Escondido	
85	C30	Mete un cubo en la taza o lo saca después de una demostración	
86	C31	Busca la pastilla a través del frasco	
87	C32	Busca el badajo de la campanilla	
88	L14	Dice una palabra de dos sílabas	
89	S16	Mira lo que mira el adulto sin que éste se lo muestre con el dedo	
90	S17	Vuelve a hacer los gestos que hacen reír	

12 Meses

91	P28	Pasa de la posición de pie a la sentada sin tumbarse	
92	P29	Anda con ayuda cuando se le coge de la mano	
93	P30	Se mantiene de pie sólo algunos segundos sin apoyo (3s)	
94	C33	Trata o coge el tercer cubo, guardando los dos que ya tiene	
95	C34	Deja un cubo en la taza	
96	C35	Mete el círculo en el tablero	
97	C36	Garabatea débilmente tras una demostración	
98	L15	Sacude la cabeza para decir "no"	
99	L16	Habla en jerga de manera expresiva	
100	S18	Se presta activamente a ser vestido por el adulto (ej, da su mano o pie)	

14 Meses

101	P31	Anda normalmente solo	
102	P32	Sube una escalera a gatas	
103	C37	Hace una torre de dos cubos	
104	C38	Llena la taza de cubos (al menos 5 cubos)	
105	C39	Introduce la pastilla en el frasco	
106	C40	Coloca el círculo en el tablero cuando se le ordena	
107	C41	Hace un garabateo cuando se le ordena	
108	L17	Utiliza onomatopeyas que hacen el papel de palabras	
109	L18	Identifica un objeto (sobre 5 objetos presentados)	
110	S19	Señala con el dedo lo que le interesa	

17 MESES

111	P33	Anda hacia atrás	
112	P34	Empuja la pelota con el pie	
113	C42	Hace una torre de tres cubos	
114	C43	Vuelve las páginas del libro	
115	C44	Retira la pastilla del frasco	
116	C45	Se adapta al giro del tablero para el círculo	
117	L19	Dice cinco palabras	
118	L20	Identifica tres objetos	
119	S20	Bebe solo en el vaso y come solo con la cuchara (2 de 2)	
120	S21	Hace que bebe, hace que come o peina al adulto (2 de 3)	

20 MESES

121	P35	Da una patada a la pelota después de una demostración	
122	P36	Corre con movimientos involuntarios	
123	C46	Hace una torre de cinco cubos	
124	C47	Utiliza la mano para sujetar el papel cuando se le pide que garabatee	
125	C48	Coloca las tres piezas en el tablero	
126	L21	Nombra dos o muestra cuatro imágenes (lámina 1)	
127	L22	Identifica cuatro objetos	
128	L23	Hace frases de dos palabras	
129	S22	Ejecuta instrucciones: sentar la muñeca, darle de beber, peinarla. (2 éxitos de 3)	
130	S23	Juega a imitar (imitación diferida)	

24 MESES

131	P37	Da una patada a la pelota cuando se le ordena	
132	P38	Se mantiene sobre un pie con ayuda	
133	C49	Alinea los cubos para imitar al tren	
134	C50	Imita una raya sin observar la dirección	
135	C51	Se adapta al giro del tablero para las tres piezas	
136	L24	Nombra seis imágenes (láminas 1 y 2)	
137	L25	Identifica ocho objetos o nombra cuatro	
138	L26	Hace frases de tres palabras	
139	L27	Utiliza su nombre cuando habla de sí mismo o de un objeto que le pertenece	
140	S24	Lava sus manos y trata de secarlas	

30 MESES

141	P39	Sube solo una escalera alternando los pie	
142	P40	Se mantiene sobre un pie sin ayuda	
143	C52	Hace un muro con cuatro cubos	
144	C53	Hace una torre de ocho cubos	
145	C54	Imita un trazo horizontal y uno vertical	
146	L28	Nombra diez imágenes (láminas 1 y 2)	
147	L29	Nombra ocho objetos o mas	
148	L30	Utiliza uno de los pronombres "yo, tú, él, ella"	
149	S25	Comprende dos preposiciones: "en", "sobre", "detrás", "delante", "debajo"	
150	S26	Se coloca solo sus zapatos o medias	



ANEXO 4

TABLAS DE CONVERSIÓN

Tabla de conversión de puntos a edades parciales de desarrollo

Mes	P			C			L			S		
	Puntos	AD en meses y días	AD en días	Puntos	AD en meses y días	AD en días	Puntos	AD en meses y días	AD en días	Puntos	AD en meses y días	AD en días
30°	72 66	30 27	900 810	104 98 92	30 28 26	900 840 780	73 67 61	30 28 26	900 840 780	51 45	30 27	900 810
24°	60 56	24 22	720 660	86 82 78	24 22;20 21;10	720 680 640	55 51 47 43	24 23 22 21	720 680 640 630	39	24	720
20°	52 49	20 18;15	600 555	74 71 68	20 19 18	600 570 540	39 36 33	20 19 18	600 570 540	35 32	20 18;15	600 555
17°	46 43	17 15;15	510 465	65 62 59 56	17 16;6 15;14 14;22	510 486 464 442	30 27	17 15;15	510 485	29 26	17 15;15	510 525
14°	40 38	14 13	420 390	53 51 49 47 45	14 13;18 13;6 12;24 12;12	420 408 396 384 372	24 22	14 13	420 390	23	14	420
12°	36 34 32	12 11;10 10;20	360 340 420	43 41 39 37	12 11;15 11 10;15	460 345 330 315	20 18	12 11	360 330	21	12	360
10°	30 29 28	10 9;20 9;10	300 290 280	35 34 33 32	10 9;12 9;14 9;7	300 291 284 277	16	10	300	19 18	10 9;15	300 285
9°	27 26 25	9 8;20 8;10	270 260 250	31 30 29 28	9 8;21 8;14 8;7	270 261 254 247	15	9	270	17 16	9 8;15	270 255
8°	24 23 22	8 7;20 7;10	240 230 220	27 26 25 24	8 7;21 7;14 7;7	240 231 224 217	14 13	8 7;15	240 225	15	8	240
7°	21 20 19 18	7 6;21 6;14 6;7	210 201 194 187	23 22 21	7 6;20 6;10	210 200 190	12	7	210	14 13	7 6;15	210 195
6°	17 16 15	6 5;20 5;10	180 170 160	20 19 18 17	6 5;21 5;14 5;7	180 172 164 157	11 10	6 5;15	180 165	12	6	180
5°	14 13	5 4;15	150 135	16 15 14	5 4;20	150 140 130	9 8	5 4;15	150 135	11 10 9	5 4;20 4;10	150 140 130
4°	12 11 10	4 3;20 3;10	120 110 100	13 12 11 10	4 3;21 3;14 3;7	120 111 104 97	7 6	4 3;15	120 105	8	4	120
3°	9 8 7	3 2;20 2;10	90 80 70	9 8 7	3 2;20 2;10	80 70	5	3	90	7 6 5	3 2;20 2;10	90 80 70
2°	6 5 4	2 1;20 1;10	60 50 40	5 4	2 1;20 1;10	60 50 40	4 3	2 1;15	60 45	4 3	2 1;15	60 45



Tabla de conversión de puntos en edades globales del desarrollo

Puntos	Edad en meses	Edad en días	Puntos	Edad en meses	Edad en días	Puntos	Edad en meses	Edad en días	Puntos	Edad en meses	Edad en días
2	0;06	6	42	4;06	126	79	7;27	237	116	11;18	348
4	0;12	12	43	4;09	129	80	8;00	240	117	11;21	351
6	0;18	18	44	4;12	132	81	8;03	243	118	11;24	354
8	0;24	24	45	4;15	135	82	8;06	246	119	11;27	367
9	0;27	27	46	4;18	138	83	8;09	249	120	12;00	360
10	1;00	30	47	4;21	141	84	8;12	252	121	12;03	363
11	1;03	33	48	4;24	144	85	8;15	255	122	12;06	366
12	1;06	36	49	4;27	147	86	8;18	258	123	12;09	369
13	1;09	39	50	5;00	150	87	8;21	261	124	12;12	372
14	1;12	42	51	5;03	153	88	8;24	264	125	12;15	375
15	1;15	45	52	5;06	156	89	8;27	267	126	12;18	378
16	1;18	48	53	5;09	159	90	9;00	270	127	12;21	381
17	1;21	51	54	5;12	162	91	9;03	273	128	12;24	384
18	1;24	54	55	5;15	165	92	9;06	276	129	12;27	386
19	1;27	57	56	5;18	168	93	9;09	279	130	13;00	390
20	2;00	60	57	5;21	171	94	9;12	282	131	13;03	393
21	2;03	63	58	5;24	174	95	9;15	285	132	13;06	396
22	2;06	66	59	5;27	177	96	9;18	288	133	13;09	399
23	2;09	69	60	6;00	180	97	9;21	291	134	13;12	402
24	2;12	72	61	6;03	183	98	9;24	294	135	13;15	405
25	2;15	75	62	6;06	186	99	9;27	297	136	13;18	408
26	2;18	78	63	6;09	189	100	10;00	300	137	13;21	411
27	2;21	81	64	6;12	192	101	10;03	303	138	13;24	414
28	2;24	84	65	6;15	195	102	10;06	306	139	13;27	417
29	2;27	87	66	6;18	198	103	10;09	309	140	14;00	420
30	3;00	90	67	6;21	201	104	10;12	312	141	14;03	423
31	3;03	93	68	6;24	204	105	10;15	315	142	14;06	426
32	3;06	96	69	6;27	207	106	10;18	318	143	14;09	429
33	3;09	99	70	7;00	210	107	10;21	321	144	14;12	432
34	3;12	102	71	7;03	213	108	10;24	324	145	14;15	435
35	3;15	105	72	7;06	216	109	10;27	327	146	14;18	438
36	3;18	108	73	7;09	219	110	11;00	330	147	14;21	441
37	3;21	111	74	7;12	222	111	11;03	333	148	14;24	444
38	3;24	114	75	7;15	225	112	11;06	336	149	14;27	447
39	3;27	117	76	7;18	228	113	11;09	339	150	15;00	450
40	4;00	120	77	7;21	231	114	11;12	342	151	15;03	453
41	4;03	123	78	7;24	234	115	11;15	345	152	15;06	456
153	15;09	459	190	19;00	570	227	22;21	681	264	26;12	792
154	15;12	482	191	19;03	573	228	22;24	684	265	26;15	795
155	15;15	465	192	19;06	576	229	22;27	687	266	26;18	798
156	15;18	468	193	19;09	579	230	23;00	690	267	26;21	801
157	15;21	471	194	19;12	582	231	23;03	693	268	26;24	804
158	15;24	474	195	19;15	585	232	23;06	696	269	26;27	807
159	15;27	477	196	19;18	588	233	23;09	699	270	27;00	810
160	16;00	480	197	19;21	591	234	23;12	702	271	27;03	813
161	16;03	483	198	19;24	594	235	23;15	705	272	27;06	816
162	16;06	486	199	19;27	597	236	23;18	708	273	27;09	819
163	16;09	489	200	20;00	600	237	23;21	711	274	27;12	822
164	16;12	492	201	20;03	603	238	23;24	714	275	27;15	825
165	16;15	495	202	20;06	606	239	23;27	717	276	27;18	828
166	16;18	498	203	20;09	609	240	24;00	720	277	27;21	831
167	16;21	501	204	20;12	612	241	24;03	723	278	27;24	834
168	16;24	504	205	20;15	615	242	24;06	726	279	27;27	837
169	16;27	507	206	20;18	618	243	24;09	729	280	28;00	840
170	17;00	510	207	20;21	621	244	24;12	732	281	28;03	843
171	17;03	513	208	20;24	624	245	24;15	735	282	28;06	846



172	17;06	516	209	20;27	627	246	24;18	738	283	28;09	849
173	17;09	519	210	21;00	630	247	24;21	741	284	28;12	852
174	17;12	522	211	21;03	633	428	24;24	744	285	28;15	855
175	17;15	525	212	21;06	636	249	24;27	747	286	28;18	858
176	17;18	528	213	21;09	639	250	25;00	750	287	28;21	861
177	17;21	531	214	21;12	642	251	25;03	753	288	28;24	864
178	17;24	534	215	21;15	645	252	25;06	756	289	28;27	867
179	17;27	537	216	21;18	648	253	25;09	759	290	29;00	870
180	18;00	540	217	21;21	651	254	25;12	762	291	29;03	873
181	18;03	543	218	21;24	654	255	25;15	765	292	29;06	876
182	18;06	546	219	21;27	657	256	25;18	768	293	29;09	879
183	18;09	549	220	22;00	660	257	25;21	771	294	29;12	881
184	18;12	552	221	22;03	663	258	25;24	774	295	29;15	885
185	18;15	555	222	22;06	666	259	25;27	777	296	29;18	888
186	18;18	558	223	22;09	669	260	26;00	780	297	29;21	891
187	18;21	561	224	22;12	672	261	26;03	783	298	29;24	894
188	18;24	564	225	22;15	675	262	26;06	786	299	29;27	897
189	18;27	567	226	22;18	678	263	26;09	789	300	30;00	900



ANEXO 5

ESCALA DE DESARROLLO MOTOR DE LA PRIMERA INFANCIA

(BRUNET LEZINE)

PRUBAS COMPLEMENTARIAS – NUEVA FORMULA

Nombre y apellidos del niño.....	Fecha del examen.....
Fecha de nacimiento.....	AR..... AD..... QD.....

24 meses	OBSERVACIONES	VERBOS DE ACCIÓN
P1 Patada en el globo (balón) a la orden		Que es lo que
C2 Construye una torre de 6 cubos		vuela
C3 Trata de plegar el papel una vez		quema
C4 Imita una raya		araña
C5 Coloca las 3 piezas sobre el tablero		duerme
L6 Nombra 2 o muestra 4 imágenes		nada
30 meses		gruñe
P1 Trata de sostenerse sobre un pie		corta
C2 Construye una torre de 8 cubos		corre
C3 Construye un puente de 3 cubos, según el modelo		pincha
C4 Imita una raya vertical y otra horizontal		muerde
C5 Se adapta a la inversión del tablero		calma la sed
L6 Nombra o muestra 7 imágenes		sopla
3 años		funde
1 Construye un puente de 5 cubos		galopa
2 Hace un puzzle de 2 piezas		ladra
3 Compara 2 líneas		maúlla
4 Copia un círculo		flota
5 Responde a 3 preposiciones		navega
6 Repite Silabas		ruge
4 años		
1 Copia un cuadrado		
2 Dobla el papel en diagonal		
3 Describe una imagen		
4 Responde 5 preposiciones		
5 Repite 3 cifras		
6 Conoce 13 verbos de acción		
5 años		
1 Construye una escalera de 10 cubos		
2 Copia la figura compleja		
3 Hace puzzle de 4 piezas		
4 Distingue mañana y tarde		
5 Repite 12 silabas		
6 Cuenta 4 cubos		



ANEXO 6

MINISTERIO DE INCLUSIÓN
ECONÓMICA Y SOCIAL

Oficio Nro. MIES-CZ-6-DDC-2017-0514-OF

Cuenca, 18 de mayo de 2017

Asunto: Respuesta a Oficio S/NSeñora
María Belén Berrezueta FernándezSeñorita
Karina Fernanda Heras Figueroa
En su Despacho

De mi consideración:

Reciba un cordial saludo, en respuesta al Oficio S/N en donde se solicita autorización para realizar la Tesis "Evaluación a preescolares que asisten a los centros infantiles del Buen Vivir mediante la aplicación de la escala de desarrollo psicomotor de la primera infancia Brunet-Lézine" en los CIBV Santa Ana (San Joaquín) San Agustín, Los Polluelitos y Anima, al respecto me permito dar a conocer que su petición ha sido aprobada, por lo que solicito se ponga en contacto con la Leda. Ana Guzhñay al teléfono 0990654811 para su coordinación con los mencionados centros.

Con sentimientos de distinguida consideración.

Atentamente,

*Documento firmado electrónicamente*Abg. Viviana Alexandra Bueno Sánchez
DIRECTORA DISTRITAL CUENCA

Referencias:

- MIES-CZ-6-DDC-2017-0966-EXT

Anexos:

- belen0229184001494278446.pdf

Copia:

Señora Licenciada
Ana Lucía Guzhñay Maisincho
Servidor Público 3Señorita Licenciada
Celia Balvina Sinchi Sinchi
Servidor Público 6Señora Licenciada
Cindy Alexandra Saquicela Bermeo
Coordinadora Unidad de Servicios Sociales

js

www.inclusion.gob.ec



1/1

ANEXO 7
APLICACIÓN DE LA ESCALA DE DESARROLLO PSICOMOTOR DE LA
PRIMERA INFANCIA “BRUNET – LEZINE” REVISADO.





